



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

Cuidar a criança, jovem e família em situação crítica
- a intervenção do enfermeiro especialista
na satisfação das necessidades da família

Ana Maria Jacinto Guerreiro

Lisboa

2018



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

Cuidar a criança, jovem e família em situação crítica
- a intervenção do enfermeiro especialista
na satisfação das necessidades da família

Ana Maria Jacinto Guerreiro

Orientador: Professora Doutora Maria Teresa Magão

Lisboa

2018

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“I've learned that people will forget what you said,
people will forget what you did,
but people will never forget how you made them feel.”

Maya Angelou

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido e filhos por todo o amor, compreensão, alegria, luz e força para
seguir sempre em frente,

Aos meus pais pelo seu amor incondicional e apoio a todos os níveis,

À minha irmã e a Deus, pela providência em cada dia desta caminhada,

À minha família e amigos do coração pela compreensão e ajuda,

Às sempre amigas e colegas de trabalho pela sua disponibilidade e amizade,

A toda a turma deste 8º Curso de Mestrado pela partilha, apoio e incentivo ao
longo deste percurso de aprendizagem... alguns de amizade para a vida,

Aos enfermeiros orientadores dos diferentes locais de estágio pela
disponibilidade, orientação e partilha do saber,

À Professora Maria Teresa Magão pela confiança em mim depositada e por
todos os ensinamentos,

A todas as crianças, jovens e famílias por serem a minha fonte diária de
motivação e inspiração,

A todos o meu mais sincero e eterno agradecimento... Muito Obrigada!!

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

AHA- American Heart Association

CCF- Cuidados Centrados na Família

CEVSIJ- Consulta de Enfermagem de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNT- Cuidados Não Traumáticos

CSC- Cuidados de Saúde na Comunidade

ECMO- Extra Corporal Membrane Oxigenation

EE- Enfermeiro Especialista

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

ERC- European Resuscitation Council

IPSS- Instituição Particular de Solidariedade Social

OE- Ordem dos Enfermeiros

PBE- Prática Baseada na Evidência

PNSE- Programa Nacional de Saúde Escolar

PNSIJ- Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV- Plano Nacional de Vacinação

RMDE- Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem

RN- Recém-nascido

SUP- Serviço de Urgência Pediátrica

UC- Unidade Curricular

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

UCIN- Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCIP- Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

UICD - Unidade de Internamento de Curta Duração

USF- Unidade de Saúde Familiar

UUP- Unidade de Urgência Pediátrica

RESUMO

A filosofia dos Cuidados Centrados na Família (CCF) é um pilar fundamental da prestação de cuidados de saúde em pediatria e um importante impulsionador da melhoria global da qualidade dos cuidados prestados. Contudo, ainda existem dificuldades na sua integração em contextos de cuidados a crianças gravemente doentes. O direito à presença da família junto da criança, independentemente do seu estado ou condição, reflete a importância de envolver a família e desenvolver cuidados de enfermagem que integrem a satisfação das suas necessidades, com vista a facilitar a vivência de uma experiência geralmente difícil e angustiante, relacionada com a hospitalização da criança.

A problemática central deste relatório incide na satisfação das necessidades da família da criança e do jovem em situação crítica, sendo o mesmo representativo de um processo de aprendizagem que teve como principal finalidade contribuir para a promoção dos CCF, nomeadamente em contextos de maior complexidade, como os serviços de Urgência Pediátrica. O desenvolvimento de competências especializadas foi alicerçado no modelo de sistemas de Betty Neuman, nos referenciais da enfermagem pediátrica, os CCF e os Cuidados Não Traumáticos, na evidência científica e no enquadramento profissional do exercício de enfermagem. A metodologia descritiva, de análise crítica e reflexiva sobre a prática nos diferentes contextos ancorou e facilitou a apropriação dos saberes e das competências desenvolvidas através das diversas experiências vivenciadas.

Este percurso de aprendizagem através da revisão de uma norma de procedimento e a elaboração de um documento com uma proposta de projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem referente ao apoio à família da criança e do jovem em situação crítica na sala de reanimação, com foco na satisfação das necessidades da família, foi conducente de mudanças na prática de cuidados no meu contexto de prática. O reconhecimento da família como um elemento integrante no planeamento e na tomada de decisão relativa aos cuidados será representativa de uma filosofia de CCF e da melhoria da qualidade dos cuidados à criança, ao jovem e à família em situação crítica.

Palavras-Chave: Cuidados Centrados na Família; Cuidados Críticos; Determinação de Necessidades de Cuidados de Saúde; Enfermagem Pediátrica; Família.

ABSTRACT

The Family-Centered Care (FCC) philosophy is a fundamental pillar of pediatric healthcare and an important driver of overall improvement in care quality. However, there are still difficulties in integrating them into care contexts for critically ill children. The right of the family's presence near the child, regardless of their state or condition, reflects the importance of involving the family and developing nursing care integrating them in the satisfaction of their needs, in order to facilitate the experience of a commonly difficult and distressing experience, related to the hospitalization of the child.

The central problem of this report is the satisfaction of the child and the young person's family needs in a critical situation, also being representative of a learning process, which the main purpose was to contribute to the promotion of FCC, especially in contexts of greater complexity, such as the Pediatric Emergency services. The development of specialized skills was based on the Betty Neuman systems model, the pediatric nursing benchmarks, FCC and Non-Traumatic Care, scientific evidence and professional environment of nursing practices. The descriptive methodology, of critical and reflexive analysis about the practice in the different contexts, anchored and facilitated the appropriation of knowledge and developed skills through the different lived experiences.

This learning journey through revising a procedural norm and the elaboration of a document with a project proposal of continuous improvement of the quality of nursing care related to the support to the child and the young person's family in a critical situation in the resuscitation room, focused on meeting the family's needs, led to changes in the practice of care in my practice context. Recognition of the family as an essential element in care planning and decision making will be representative of a FCC philosophy and of improving the quality of care for children, young people and families in critical situations.

Key Words: Family Centered Care; Critical Care; Pediatric Nursing; Needs Assessment; Family.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	13
1.1. Cuidar em Enfermagem: do modelo sistémico ao quadro de referência dos cuidados pediátricos	13
1.2. Cuidar a criança, jovem e família em situação crítica num contexto de urgência.....	19
1.2.1. Necessidades da família da criança e jovem em situação crítica	21
2. PROBLEMÁTICA E OBJETO DE ESTUDO	24
3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO: UM PERCURSO INTEGRADOR DA TEORIA À PRÁTICA	26
3.1. Desenvolver competências de enfermeiro especialista no cuidar à criança, jovem e família nos diferentes contextos de prática.....	27
3.1.1. Avaliar o desenvolvimento da criança e jovem nas diferentes faixas etárias	27
3.1.2. Desenvolver capacidades de comunicação com a criança e jovem adequadas ao seu estágio de desenvolvimento	30
3.1.3. Analisar oportunidades de parceria na prestação de cuidados de enfermagem à criança, jovem e família	37
3.2. Desenvolver competências de enfermeiro especialista à criança, jovem e família em situação crítica com foco nas necessidades da família.....	45
3.2.1. Analisar práticas de enfermagem na satisfação das necessidades da família da criança e jovem em situação crítica.....	45
3.2.2. Promover práticas de cuidados de enfermagem adequadas às necessidades da família da criança e jovem em situação crítica no contexto de urgência pediátrica	51
4. PERCURSO PARA ENFERMEIRA ESPECIALISTA: DO CONTRIBUTO DA PRÁTICA À AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	55
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
ANEXOS	
Anexo 1 - Comprovativo de participação na II Reunião de Enfermagem de Cuidados Intensivos Pediátricos com a comunicação livre: “Necessidades de informação da família da criança hospitalizada em situação crítica: protocolo de revisão scoping”.	

APÊNDICES

Apêndice 1 - Cronograma dos estágios realizados

Apêndice 2 - Cuidar a família da criança e jovem em situação crítica à luz do modelo de sistemas de Betty Neuman

Apêndice 3 - Necessidades da família da criança e do jovem em situação crítica

Apêndice 4 - Objetivos e atividades de estágio - Guia Orientador

Apêndice 5 - Síntese reflexiva das atividades desenvolvidas - Unidade de Urgência Pediátrica

Apêndice 6 - “Aprender a saúde... Brincando!” - Plano da sessão de educação para a saúde a grupo

Apêndice 7 - “Acolhimento da criança, jovem e família com necessidade de internamento transitório na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos” - Contributo para a elaboração de uma norma

Apêndice 8- “Necessidades da família do RN em situação crítica: da sua avaliação à promoção da vinculação, da parceria e dos CCF” - Jornal de aprendizagem

Apêndice 9 - “Cuidados Centrados na Família numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos” - Dossier temático

Apêndice 10 - “Necessidades de informação da família da criança hospitalizada em situação crítica: protocolo de revisão scoping” - Comunicação livre apresentada na II Reunião de Enfermagem de Cuidados Intensivos Pediátricos

Apêndice 11 - Intervenção dos enfermeiros no apoio fornecido à família na sala de reanimação - Guião de observação

Apêndice 12 - Entrevista realizada a perito de serviço de Urgência Pediátrica

Apêndice 13 - “Cuidar a criança, o jovem e a família em situação de reação anafilática à vacinação: uma perspetiva de intervenção” - Plano da sessão de formação

Apêndice 14 - “Apoio à família da criança e jovem em situação crítica na sala de reanimação” - Plano da sessão de análise de práticas

Apêndice 15 - “Cuidados Centrados na Família da criança em situação crítica: apoio à família na sala de reanimação” - Contributo para um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. A sua elaboração pretende explicitar o percurso de aprendizagem realizado para a concretização da finalidade da UC relativa ao desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas para a conceção, a gestão, a prestação e a supervisão de cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e à família.

No sentido, do desenvolvimento de competências relacionadas com o grau de mestre (Decreto-Lei n.º74/2006), específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ) (Ordem dos Enfermeiros - OE, 2010a) e comuns de Enfermeiro Especialista (EE) (OE, 2010b), nas diversas dimensões do exercício profissional, foi realizado um estágio que decorreu ao longo de 18 semanas em diferentes contextos: num Internamento de Pediatria, num serviço de Neonatologia, numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), em dois serviços de Urgência Pediátrica (SUP), dos quais a Unidade de Urgência Pediátrica (UUP) correspondeu ao local onde exerço funções como enfermeira, e numa Unidade de Saúde Familiar (USF) (Apêndice 1).

A experiência decorrente da prática revela-se fundamental para o desenvolvimento do conhecimento e da capacidade de resposta em situações complexas através de uma atitude de reflexão crítica (Benner, 2001). Assim, este relatório descreve o percurso formativo assente numa metodologia descritiva, de análise crítica e reflexiva sobre a prática nos diferentes contextos, ancorada nos referenciais teóricos, na evidência científica e no enquadramento profissional do exercício de enfermagem, com vista a patentear a apropriação dos saberes e das competências desenvolvidas através das diversas experiências vivenciadas. De acordo com Kolb (2015), a aprendizagem experiencial é essencial para o desenvolvimento do conhecimento, do saber e para a sua apropriação na prática profissional, através da integração das experiências e da teoria mediadas por um processo de reflexão. A reflexão é um vetor da aprendizagem, implicando uma prática reflexiva de reflexão na ação, reflexão sobre a ação e reflexão sobre a reflexão na

ação, que promove uma compreensão sobre as situações, permite a reconstrução do saber e a aprendizagem pela transformação do conhecido (Schon, 1994).

A hospitalização constitui-se como uma experiência difícil e complexa (Sanders, 2014), assustadora, fonte de stress e ansiedade para a criança e jovem, bem como potencialmente perturbadora para o seu bem-estar e desenvolvimento, nomeadamente em situações de urgência (Barros, 2003) e de elevada gravidade clínica (Slota, 2013). A admissão hospitalar de um filho em situação crítica é acompanhada por sentimentos de choque, culpa, desamparo e confusão, sendo descrita pelos pais como uma das experiências parentais mais stressantes (Slota, 2013; Dudley, Ackerman, Brown & Snow, 2015; Kumar & Avabratha, 2015; Foster, Young, Mitchell, Van & Curtis, 2017; Manguy, Joubert, Oakley & Gordon, 2018) decorrente da perda súbita de uma criança saudável para uma criança gravemente doente (Noyes, 1999).

A compreensão das respostas perante a hospitalização, a experiência de doença e as necessidades da criança, do jovem e da sua família, são fundamentais para o desenvolvimento de intervenções que sejam facilitadoras da sua vivência (Ferreira, Melo, Reis & Mello, 2010; OE, 2015a), enquanto oportunidade de desenvolvimento e aprendizagem e não como algo negativo e traumático (Barros, 2003; Sanders, 2014). As famílias devem ser incentivadas a participar dos cuidados prestados aos pacientes em todos os níveis de atendimento hospitalar (Mekitarian & Ângelo, 2015), todavia, ainda existem dificuldades na sua integração nos cuidados a crianças criticamente doentes (Curtis, Foster, Mitchell & Van, 2016). Neste sentido, o EEESCJ detém a importante responsabilidade de “trabalhar em parceria com a criança e família/pessoa significativa em qualquer contexto em que ela se encontre para promover o mais elevado estado de saúde possível” (OE, 2010a, p. 1).

A existência de práticas de cuidados assentes numa filosofia de CCF que considerem a avaliação das necessidades da criança e da família como um dos seus elementos norteadores, é essencial na atualidade em todos os contextos de prática. Embora a presença da família em situações de elevada complexidade na sala de reanimação, seja uma realidade representativa e promotora dos CCF no meu contexto de trabalho, a verdade é que parecem existir algumas dificuldades sobretudo ao nível das intervenções de apoio à mesma adequadas às suas necessidades. Tudo isto é decorrente de uma não sistematização e uniformização dos cuidados de enfermagem

ao nível do apoio e da satisfação das necessidades da família da criança e jovem em situação crítica na sala de reanimação. Assim, o relatório de estágio focalizou-se na problemática da satisfação das necessidades da família da criança e do jovem em situação crítica enquanto importante elemento para uma promoção de cuidados assente na filosofia CCF, tendo esta escolha partido de uma motivação pessoal intensificada pela realidade anteriormente referida.

Para uma melhor compreensão do processo de cuidar a criança, o jovem e a família em situação crítica, foram essenciais os referenciais dos pilares da enfermagem pediátrica, os CCF e os Cuidados Não traumáticos (CNT) e o modelo de sistemas de Betty Neuman. Em situações de hospitalização, nomeadamente quando a mesma não é prevista, relacionado com os elevados níveis de ansiedade e stress decorrentes, este modelo será essencial, por se basear num conjunto de sistemas abertos ao stress, na reação ou possível reação a stressores e na constante interação com o ambiente, para a clarificação dos cuidados de enfermagem com vista a prevenção do desequilíbrio e manutenção da estabilidade (Neuman, 2011).

O presente relatório obedece a uma estruturação por capítulos e respeita as regras da norma *American Psychological Association* (APA) (6ª edição), relativamente à sua organização estrutural e à referenciação bibliográfica. O primeiro capítulo refere-se ao enquadramento conceptual, onde serão clarificados os referenciais teóricos e a evidência científica que alicerça e orienta toda a elaboração deste trabalho. O segundo capítulo corresponde à problemática e objeto de estudo no que concerne à identificação e justificação do problema e sua pertinência para a Enfermagem Pediátrica. O terceiro capítulo destina-se à descrição e análise reflexiva dos objetivos e das atividades desenvolvidas ao longo do percurso formativo. O quarto capítulo explicita as competências desenvolvidas decorrentes das experiências vivenciadas e atividades realizadas. Por fim, o quinto capítulo será reservado às considerações finais onde se destacarão os principais aspetos conclusivos e as perspetivas futuras para a continuidade deste trabalho.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A consciência por parte do enfermeiro da sua conceção de cuidados de enfermagem, das suas crenças e dos seus valores torna-se fundamental pois só o conhecimento de si próprio pode revelar a abertura necessária para o conhecimento do outro e para o assegurar de uma melhor qualidade dos cuidados prestados à pessoa, à família e à comunidade. Decorrente desta clarificação, é possível definir o que é próprio da disciplina de Enfermagem, cuja construção decorre das crenças, dos valores, das teorias e dos conceitos que integram os modelos de enfermagem, do conhecimento e do contexto de prática (Pearson & Vaughan, 1992; Martin, 2002; Basto, 2009; Alligood, 2014a). Este capítulo ir-se-á desenvolver através de uma abordagem que enquadre uma visão da disciplina fundamentada pelo modelo teórico de sistemas de Betty Neuman, em articulação com os pilares da enfermagem pediátrica: os CCF e os CNT. Posteriormente será abordado o cuidado em enfermagem à criança, ao jovem e à família em situação crítica, com enfoque na identificação e satisfação das necessidades da família enquanto vertente fundamental da promoção de cuidados norteados por uma filosofia de CCF.

1.1. Cuidar em Enfermagem: do modelo sistémico ao quadro de referência dos cuidados pediátricos

A conceptualização do cuidar em enfermagem, alicerçada em modelos e teorias de enfermagem, torna-se essencial para clarificar e dar visibilidade à profissão e para sustentar o exercício profissional do enfermeiro com vista a assegurar práticas de cuidados ética e teoricamente sustentadas. O exercício profissional dos enfermeiros tem vindo a evoluir de uma lógica tendencialmente executiva para uma mais conceptual e integradora do conhecimento da disciplina, decorrente da investigação e da teoria de enfermagem, que tem sido fundamental para a progressão no sentido de uma Enfermagem Avançada, uma “Enfermagem com mais Enfermagem” (Silva, 2007, p. 12).

O cuidar é definido por Collière (1999, p. 235-236) como “um acto individual que prestamos a nós próprios (...) mas é igualmente, um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporariamente ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais”. O ideal moral da

enfermagem está precisamente representado pelo cuidar, que implica estar atento a alguém, preocupando-se com o seu bem-estar, estado e eficaz funcionamento, através da proteção e preservação da dignidade humana (Watson, 2002). De acordo com Collière (1999, p. 155) “cuidar é aprender a ter em conta os dois parceiros dos cuidados: o que cuida e o que é cuidado” tendo por base a interação enfermeiro-cliente com vista à promoção do bem-estar do cliente e minimização do seu sofrimento (Basto, 2009). O conceito de cuidar resulta de uma abordagem holística que considera a pessoa como elemento central dos cuidados de enfermagem através da relação estabelecida entre a mesma e o enfermeiro (Watson, 2002). Assim, a interação enfermeiro-cliente integra os cuidados de enfermagem com vista à promoção do seu bem-estar e à minimização do seu sofrimento de acordo com uma intencionalidade de cuidados (Basto, 2009) enquadrando, segundo Hesbeen (2000, p. 2), “a sua acção, o conteúdo da sua profissão, numa perspectiva de cuidados, portadora de sentido e de ajuda para com a pessoa cuidada”.

O cuidar em enfermagem é considerado “como o cerne da enfermagem (...) aquilo que caracteriza a disciplina e que exige o desenvolvimento do saber próprio” (Basto, 2009, p. 12). Desta forma, considerando a problemática inerente a este projeto, a escolha do modelo de sistemas de Betty Neuman, foi mais adequada por se constituir como um modelo de sistemas abertos baseado no stress, na reação ou possível reação a stressores (forças ambientais que interagem com e alteram potencialmente a estabilidade do sistema) e na pessoa (criança, família, comunidade...) em constante interação com o ambiente (Neuman, 2011; Lawson, 2014). Em situações de hospitalização, nomeadamente quando a mesma não é prevista, devido aos elevados níveis de ansiedade e stress decorrentes, este modelo será essencial para a clarificação dos cuidados de enfermagem com vista à prevenção do desequilíbrio do sistema. O sistema é influenciado pela variável do tempo, da natureza e intensidade do stress, da quantidade de energia requerida e pelos acontecimentos da pessoa presentes ou passados, resultando a sua estabilidade na saúde representativa do bem-estar e da satisfação das suas necessidades (Neuman, 2011; Lawson, 2014).

No sentido da clarificação dos alicerces norteadores das diferentes escolas de pensamento Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette & Major (2002), identificaram três paradigmas de Enfermagem: o da categorização, o da integração e o da

transformação. O modelo de sistemas de Betty Neuman insere-se no paradigma da integração que se caracteriza por ter uma visão da pessoa na sua globalidade, com a influência de diferentes dimensões (física, mental e social) e com a indissociação do ambiente envolvente que, estando em interação harmoniosa, resultam num estado de saúde e bem-estar (Kérouac et al., 2002).

Enquanto conceitos clarificadores da disciplina de Enfermagem, tal como já haviam sido identificados por Fawcett (1984), o presente modelo tem como conceitos do metaparadigma (Allgood, 2014b): a enfermagem, a pessoa, o ambiente e a saúde (Neuman, 2011; Lawson, 2014). A enfermagem é conceptualizada como uma profissão única na medida que integra a totalidade da pessoa e todas as variáveis que influenciam a sua resposta ao stress. A pessoa, neste caso concreto, a criança, o jovem e a família, é influenciada por fatores fisiológicos, psicológicos, socio-culturais, espirituais e de desenvolvimento e está em constante mudança enquanto sistema aberto em interação recíproca com o ambiente. O ambiente é caracterizado por um conjunto de fatores que rodeiam a criança, o jovem e a família, integrando fatores internos (ambiente intrapessoal), externos (ambiente intrapessoal ou extrapessoal com todas as interações a ocorrerem fora do cliente) e criados (ambiente inconscientemente desenvolvido para sustentar o *coping* protetor) em constante reciprocidade com a pessoa. A saúde resulta do bem-estar do indivíduo e é indicadora de satisfação das necessidades do sistema numa natureza dinâmica, contínua e sujeita a mudanças constantes.

O cuidado de enfermagem compreende o respeito pela pessoa como um todo (ser holístico), valorizando todas as suas variáveis que influenciam a resposta aos stressores, com vista ao alcançar da sua finalidade principal que é a manutenção da estabilidade do sistema (Neuman, 2011; Lawson, 2014). Cada sistema apresenta-se como uma estrutura básica, representada pelos recursos de sobrevivência e de energia da pessoa, sendo protegido por linhas de resistência (recurso de defesa perante um stressor), linha de defesa normal (caracteriza a estabilidade do indivíduo ou sistema) e linha de defesa flexível (caracteriza um amortecedor e escudo protetor, os mecanismos de *coping*, do estado de bem estar do sistema) com a finalidade de estabilizar e devolver o estado de bem-estar ou o melhor possível após uma reação ao stressor (Neuman, 2011; Lawson, 2014). Os mecanismos de *coping* são comportamentos que os indivíduos utilizam para responder às exigências do ambiente

e se adaptarem, através da redução da tensão, a uma situação de stress (Barros, 2003; McElfresh & Merck, 2014).

O enfermeiro tem um papel fulcral na prevenção da alteração e na manutenção da estabilidade do sistema, através do estabelecimento de um conjunto de intervenções que Betty Neuman caracteriza como: a) prevenção primária (ocorre em qualquer momento no processo de hospitalização, quando se suspeita ou se identifica a possibilidade da existência de um stressor e tem como finalidade evitar que o stressor atinja a estabilidade do sistema, fortalecendo a linha de defesa flexível para minimizar possibilidade de reação); b) prevenção secundária (decorre após um stressor atingir o sistema através do fortalecimento das linhas internas de resistência para redução das reações e dos efeitos do stressor) e c) prevenção terciária (permite a reconstituição do sistema e sua estabilização através do reforço da resistência, prevenindo situações de recorrência, quando já é possível mobilizar os recursos de energia e manter o equilíbrio das variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento) (Neuman, 2011; Lawson, 2014).

A hospitalização da criança é sempre geradora de instabilidade e desequilíbrio no sistema familiar, potencializando a rutura nos papéis e funções da família, que podem influenciar os resultados e a vivência de todo este processo (Barros, 2003; Slota, 2013; Sanders, 2014). A minimização de uma série de fatores ansiogénicos inerentes à hospitalização é essencial através da compreensão dos stressores, que representam a modificação do estado habitual de saúde e das atividades de vida diárias da criança (Sanders, 2014). Esta compreensão enquadra-se numa das mais importantes intervenções inerentes ao processo de hospitalização em contexto pediátrico pois permite perceber a vivência e desenvolver estratégias adequadas de prevenção dos efeitos negativos da hospitalização na criança, no jovem e na família (Barros, 2003; Sanders, 2014). Considera-se a criança todo o ser humano desde o seu nascimento até aos dezoito anos de idade (United Nations International Children's Emergency Fund - UNICEF, 1990; Direção-Geral da Saúde - DGS, 2013). A família corresponde a todo o conjunto de pessoas que têm a responsabilidade e o comprometimento de cuidar da criança e jovem, assumindo diferentes papéis promotores do seu crescimento e desenvolvimento (Hockenberry, 2014). Assim, embora os pais sejam os responsáveis pela maioria dos cuidados prestados, importa

incluir outras pessoas significativas ou prestadores informais de cuidados (OE, 2011a).

O modelo de sistemas de Betty Neuman poderá contribuir para clarificar a importância do conhecimento e de competências de identificação antecipatória dos stressores decorrentes da hospitalização e para adequar as intervenções de enfermagem nos três domínios de prevenção, mobilizando as energias e os mecanismos de *coping* da criança, do jovem e da sua família (Neuman, 2011; Lawson, 2014). Neste sentido, para uma melhor compreensão dos aspetos inerentes ao processo de hospitalização, importa também clarificar alguns dos fenómenos da enfermagem pediátrica, de acordo com a sua filosofia de cuidados que é centrada em dois pilares fundamentais: os CNT e os CCF.

O CNT é definido, de acordo com Hockenberry & Barrera (2014), como o assegurar de cuidados com uma perspetiva terapêutica através de um conjunto de intervenções que visem eliminar ou minimizar o sofrimento psicológico e físico sentido pelas crianças e suas famílias, nomeadamente ao nível da minimização da separação da criança da família, da lesão corporal ou dor e da promoção do sentimento de controlo (Sanders, 2014). O conhecimento dos stressores associados à hospitalização da criança e sua família é fundamental para os enfermeiros no sentido da priorização de CNT, eliminando ou reduzindo esses fatores de stress através de intervenções seguras e efetivas (Batalha, 2013), promotoras de estratégias de *coping* (Barros, 2003; McElfresh & Merck, 2014). Uma das formas de minimizar os stressores associados à perda de controlo e separação, consistem em assegurar a presença da família em todo o processo de hospitalização pelo facto de a mesma se constituir como um elemento de afeto e segurança mas também por ser facilitadora da comunicação e relação entre o enfermeiro e a criança (Barros, 2003; Sanders, 2014).

De acordo com a OE (2011a), incumbe ao EEESCJ a maximização do bem-estar da criança e jovem, nomeadamente no que diz respeito à implementação de intervenções de enfermagem face à gestão da dor e alívio da mesma. Além disso, os CNT são um direito da criança hospitalizada, tal como preconiza a Carta da Criança Hospitalizada (Instituto de Apoio à Criança – IAC, 2008), no seu ponto quatro, ao referir o dever dos profissionais na redução, ao mínimo, das agressões físicas e emocionais, assim como da dor da criança. As anotações à Carta da Criança Hospitalizada acrescentam ainda a importância do reconhecimento dos medos e/ou

receios da criança, da minimização de situações potenciadoras de stress e da disponibilização de meios, que sejam facilitadores da vivência de situações inevitáveis de stress, dor física ou sofrimento pela criança e pela sua família (European Association for Children in Hospital - EACH, 2009). A forma como a criança e o jovem encaram a doença e a hospitalização vai depender em muito da significação e compreensão que estes têm das mesmas, tornando-se essencial a sua compreensão de todo o processo experienciado no que se refere à hospitalização, à doença e aos tratamentos (Barros, 2003).

Outro dos alicerces do cuidar em pediatria são os CCF que se constituem como uma “filosofia que, além de cuidar da pessoa, também reconhece a sua família como unidade de cuidado” (Pinto, Ribeiro, Pettengill & Balieiro 2010, p. 134), assentando em 4 princípios norteadores: a dignidade e o respeito, a partilha de informação, a participação e a colaboração da família (Institute for Patient and Family Centered Care - IPFCC, 2017). A dignidade e o respeito decorrem da integração dos valores, das crenças e da cultura da família no planeamento e na prestação de cuidados e do respeito pelas suas escolhas e tomada de decisão; a partilha de informação tem inerente uma comunicação e fornecimento de informações completas, atempadas e sem vieses que facilitem a participação da família nos cuidados e na tomada de decisão; a participação da família nos cuidados e na tomada de decisão deverá ser incentivada e apoiada em todos os contextos de cuidados; e a colaboração da família resulta da sua participação no desenvolvimento, implementação e avaliação de políticas organizacionais, na investigação e na prestação de cuidados (IPFCC, 2017).

A filosofia de CCF preconiza a igualdade de relacionamento entre os membros da família e os profissionais de saúde, a presença e participação dos pais nos cuidados, a informação aberta e honesta, o envolvimento e a colaboração entre os profissionais de saúde, a criança e sua família (Butler, Copnell & Willetts, 2013). Os cuidados de enfermagem em pediatria deverão, de acordo com o preconizado pela OE (2010a, p. 1), ser alicerçados num “modelo conceptual centrado na criança e família, encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados”. O reconhecimento da família como uma constante na vida da criança e como a sua principal cuidadora, coloca no enfermeiro a responsabilidade do estabelecimento de uma parceria através do apoio, respeito, cooperação, negociação, capacitação e potencialização das suas forças (Casey, 1995; Mendes & Martins, 2012; Hockenberry & Barrera, 2014).

A parceria surge como um conceito integrador da filosofia de CCF, resultante do respeito pelo outro, pelo direito à sua participação nos cuidados e pelo seu poder na tomada de decisão (Suhonen, Välimäki & Leino-Kilpi, 2008; Mendes & Martins, 2012; Kuo, Houtrow, Arango, Kuhlthau, Simmons & Neff, 2012; McCormack et al., 2015). Neste sentido, o EEESCJ deve desenvolver os cuidados de enfermagem em parceria, seja qual for o contexto em que se encontre, no sentido de promover o melhor estado de saúde possível à criança e à sua família (OE, 2010a; OE, 2011a), através da participação, capacitação e negociação (Casey, 1995; Hockenberry & Barrera, 2014). A compreensão das respostas, da experiência de doença, das necessidades e das prioridades da criança, do jovem e da família, são fundamentais para a implementação de intervenções que sejam facilitadoras da vivência do processo de hospitalização e da promoção de cuidados assentes na filosofia de CCF e para o desenvolvimento de uma parceria de cuidados (Ferreira et al., 2010; Brink & Skott, 2013; Ball, Bindler & Cowen, 2014).

A clarificação do modelo conceptual de enfermagem e da filosofia de cuidados em pediatria foram essenciais para nortear o meu olhar sobre a prática uma vez que a teoria se traduz num guia essencial para toda a prática profissional (Pearson & Vaughan, 1992; Alligood, 2014a). Além disso, a reflexão em torno dos aspetos conceptuais da disciplina de Enfermagem contribuíram igualmente para uma melhor compreensão do fenómeno do cuidar a criança, o jovem e família em situação crítica, que será abordado seguidamente, à luz do modelo de sistemas de Betty Neuman. Este processo foi facilitado através da elaboração e desenvolvimento de um esquema (Apêndice 2), adaptado do modelo (Neuman, 2011), que teve como foco principal a família e que foi desenvolvido com base na diversa evidência consultada.

1.2. Cuidar a criança, jovem e família em situação crítica num contexto de urgência

A hospitalização da criança constitui-se como um momento difícil e de elevada angústia para a família nomeadamente em situações de emergência nas quais não é possível antecipar qualquer tipo de preparação (Barros, 2003; Slota, 2013). Neste sentido, a prestação dos cuidados de enfermagem que integrem a criança, o jovem e a sua família, numa orientação cujos princípios sejam norteados por uma filosofia de CCF e CNT, poderá ser uma das formas de minimizar o impacto de uma

hospitalização não prevista (Sanders, 2014). Todavia, embora a filosofia dos CCF seja um pilar fundamental da prestação de cuidados de saúde em pediatria e um importante impulsionador da melhoria global da qualidade dos cuidados prestados, parecem ainda existir dificuldades na sua implementação, nomeadamente em contextos de elevada complexidade (Curtis et al., 2016).

A criança em situação crítica é considerada aquela que apresenta sinais de instabilidade fisiológica nos sistemas vitais do organismo com risco iminente de morte (Melo, Ferreira, Vasconcellos, Gresta, Silva & Ferri, 2011; Miranda et al., 2016) associado a qualquer problema grave da via aérea, respiração ou circulação ou deterioração aguda do estado de consciência (World Health Organization - WHO, 2016). A hospitalização motivada por uma situação que coloque em risco a vida da criança ou do jovem, com necessidade ou não de suporte avançado de vida, é descrita como um dos eventos de vida mais stressantes e angustiantes para os pais (Dudley et al., 2015; Kumar & Avabratha, 2015; Foster et al., 2017; Manguy et al., 2018). A admissão no SUP, envolve a assunção do sentido de controlo por parte da equipa multidisciplinar, ficando a família envolvida por um ambiente desconhecido, ameaçador e por sentimentos de incerteza e insegurança (Allen, 2014; Hsiao, Redley, Hsiao, Lin, Han & Lin, 2017).

A filosofia dos CCF é essencial para uma prática de cuidados de enfermagem holística, particularmente perante a criança e jovem em situação crítica, cujo acontecimento provoca um enorme impacto fisiológico e psicológico na família (Coombs et al., 2017). A evidência tem demonstrado que a prestação de cuidados de enfermagem a crianças em situação crítica no SUP deverá assentar em modelos alicerçados nos princípios inerentes aos CCF (Dudley et al., 2015; Byczkowski, Gillespie, Kennebeck, Fitzgerald, Downing & Alessandrini, 2016; Manguy et al., 2018) e na parceria, através do envolvimento, negociação e partilha na tomada de decisão (Casey, 1995; Slota, 2013; Hockenberry & Barrera, 2014; Byczkowski et al., 2016; Curtis et al., 2016). Os CCF têm inúmeros benefícios para a criança, o jovem e a família em situação crítica, traduzindo-se numa maior satisfação do cliente, mas também para os profissionais através de uma melhor comunicação, coordenação na equipa multidisciplinar, eficácia e eficiência dos cuidados prestados (Dudley et al., 2015; Byczkowski et al., 2016; Béranger, Pierron, Blanquat, Jean & Chappuy, 2017; Khan et al., 2017).

Os profissionais de saúde dos SUP deverão compreender que as famílias nem sempre sabem quais as perguntas a fazer, o que pode influenciar o estabelecimento da parceria, decorrente das desigualdades e da vulnerabilidade provocada pela condição clínica, principalmente em situações de emergência (Dudley et al., 2015). O modelo de CCF realça a importância de integrar as necessidades, os desejos e os objetivos da criança, jovem e família na prestação de cuidados por parte do enfermeiro em situações de emergência e de elevada complexidade (Butler et al., 2013; Dudley et al., 2015; Byczkowski et al., 2016; Hsiao et al., 2017; Manguy et al., 2018).

1.2.1. Necessidades da família da criança e jovem em situação crítica

Os enfermeiros são os profissionais de saúde que passam mais tempo com a família da criança mas existem ainda algumas dificuldades na identificação e avaliação das suas necessidades (Butler et al., 2013). O diagnóstico das necessidades da família deverá constituir o primeiro passo para o processo de cuidados (International Council of Nurses - ICN, 2011) e ser uma competência do enfermeiro, no que concerne à sua identificação e satisfação, com prioridade simultânea à estabilização fisiológica e apoio à criança e jovem em situação crítica (Wheeler, 2005).

As necessidades da família diferem em relação ao contexto (Andrade et al., 2015), constituindo-se a perceção da unicidade de cada família e das suas diferentes necessidades (Orloff & Jones, 2011) como uma vertente integrante dos cuidados de enfermagem. O distanciamento e o ambiente do SUP, frequentemente instável, confuso e promotor de ansiedade e stress, são referidos como algumas das características que podem dificultar o reconhecimento e a satisfação das necessidades da família (Hsiao et al., 2017; Manguy et al., 2018). Os cuidados mais direcionados para a gestão de lesões e doenças com risco de vida para a criança e jovem são priorizados, ficando para segundo plano as questões relacionadas com as necessidades, emoções, inseguranças e dúvidas dos pais (Andrade et al., 2015). Todavia, os cuidados de reparação (*cure*) que estão “ligados à necessidade de reparar o que constitui obstáculo à vida”, não deverão assumir maior importância em relação aos cuidados quotidianos e habituais (*care*) que se direcionam para as “funções de manutenção, de continuidade da vida” (Collière, 1999, p. 237).

Para além do contexto, a evidência realça ainda que os enfermeiros e os pais têm diferentes perceções sobre os stressores e as suas necessidades na hospitalização da criança em situação crítica (Aldridge, 2005; Foster et al., 2017). No estudo realizado por Foster et al. (2017) sobre as experiências dos pais de crianças gravemente doentes entre os 0 e os 13 anos, no que diz respeito à identificação das suas necessidades e os fatores que contribuem para a sua satisfação, foi possível depreender que os mesmos identificaram os cuidados físicos aos seus filhos como de elevada qualidade, mas consideravam de pouca eficácia os cuidados relacionados com a satisfação das suas próprias necessidades emocionais.

A compreensão das necessidades da família da criança e jovem em situação crítica é fundamental para o desenvolvimento de intervenções de enfermagem de apoio mais adequadas e que visem diminuir o stress (Aldridge, 2005) em contextos de cuidados de elevada complexidade, como é o caso dos SUP. Contudo, embora exista alguma evidência relacionada com as necessidades dos pais da criança com internamento em UCIP (Noyes, 1999; Aldridge, 2005; Romero & Colmenares, 2015), deparamo-nos com uma lacuna significativa relativamente à perceção das experiências e necessidades da família da criança em situação crítica (Foster et al., 2017), nomeadamente no momento da admissão hospitalar. Esta realidade acaba por condicionar o desenvolvimento de práticas baseadas na evidência (PBE) no que concerne ao apoio à família da criança gravemente doente (Redley, Levasseur, Peters & Bethune, 2003; Aldridge, 2005; Curtis et al., 2016; Foster et al., 2017; Hsiao et al., 2017).

Os enfermeiros devem estar preparados para antecipar e satisfazer as necessidades das famílias que enfrentam crises emocionais súbitas ou imprevistas (Redley et al., 2003). A proximidade, comunicação/informação, participação nos cuidados, apoio e conforto revelaram-se as necessidades consideradas mais importantes para as famílias (Redley et al., 2003; Sturdivant & Warren, 2009; Butler et al. 2013; Andrade et al., 2015; Romero & Colmenares, 2015; Hsiao et al., 2017). Os resultados do estudo realizado por Hsiao et al. (2017) sobre as necessidades da família da pessoa em situação crítica no serviço de urgência de adultos, comparando-as com a perceção das mesmas por parte dos enfermeiros, revelou que a comunicação foi a necessidade mais importante da família, seguida da participação da família nos cuidados, do apoio e do conforto. Romero & Colmenares (2015)

identificaram 4 grandes dimensões de necessidades nos pais de crianças internadas na UCIP, nomeadamente a necessidade de conforto, considerada como a menos importante, e a de comunicação, de suporte, de segurança e de proximidade, como as mais importantes na perspetiva da família. De acordo com Butler et al. (2013) as necessidades identificadas como as mais relevantes, pelos enfermeiros e pelos pais, igualmente no contexto de UCIP, foram a informação e a proximidade com a criança em comparação com o apoio ou o conforto.

Desta forma, importa explorar e sintetizar a evidência científica disponível sobre as necessidades das famílias das crianças hospitalizadas e contribuir para o desenvolvimento de conhecimento a este nível, através da sensibilização dos enfermeiros a este respeito. Para facilitar a compreensão das necessidades da família enquanto elemento fundamental no desenvolvimento de intervenções promotoras de CCF no processo de cuidar criança e jovem em situação crítica, foi realizado um resumo das mesmas com os contributos da diversa evidência consultada (Apêndice 3). A contextualização e a clarificação das necessidades já identificadas na literatura irão certamente contribuir para o planeamento do cuidado de enfermagem mais adequado e centrado na criança, jovem e família em situação crítica.

2. PROBLEMÁTICA E OBJETO DE ESTUDO

A hospitalização na criança, jovem e família, traduz-se num momento difícil e de elevada angústia nomeadamente em situações de emergência nas quais não é possível antecipar qualquer tipo de preparação (Barros, 2003; Slota, 2013). Neste contexto, a prestação dos cuidados de enfermagem que integrem a criança, o jovem e a sua família, numa orientação cujos princípios sejam norteados por uma filosofia de CCF e CNT (Hockenberry & Barrera, 2014), poderá ser uma das formas de minimizar o impacto de uma hospitalização não prevista (Sanders, 2014).

Apesar da filosofia dos CCF ser um pilar fundamental da enfermagem pediátrica e um importante impulsionador da melhoria global da qualidade dos cuidados prestados, parecem ainda existir dificuldades na sua implementação, nomeadamente em contextos de elevada complexidade (Curtis et al., 2016). As características únicas dos SUP, relacionadas com a situação aguda e súbita, com o ambiente desconhecido e desprovido de relação prévia entre os profissionais de saúde e a criança, jovem e família, com a natureza da admissão hospitalar e com uma elevada carga de trabalho, podem ser barreiras para que os enfermeiros se comprometam com uma filosofia de CCF (Gill et al., 2014; Dudley et al., 2015). Todavia, apesar destes desafios, é possível alcançar a excelência dos cuidados nestes contextos através de uma filosofia de CCF que seja promotora da segurança, do conforto e da satisfação do paciente (Dudley et al., 2015).

A promoção da presença da família, a identificação e a satisfação das suas necessidades, poderão ser elementos sustentadores de um modelo de cuidados, promotor de CCF (Butler et al., 2013; Curtis et al., 2016; Béranger et al., 2017; Hsiao et al., 2017). Embora a presença da família na sala de reanimação em situações de gravidade e risco de vida da criança e jovem não seja consensual nas equipas de saúde (American Heart Association - AHA, 2005; Mekitarian & Ângelo, 2015), a verdade é que, com o decorrer dos tempos a mesma começou a ser incentivada, e hoje é uma realidade na UUP onde exerço funções nas situações em que a família o deseja. No entanto, quando a família está presente, parecem haver dificuldades no apoio à mesma e um certo distanciamento da parte dos profissionais, nomeadamente em situações de grande instabilidade fisiológica e morte da criança.

A lacuna na evidência científica ao nível do apoio à família da criança gravemente doente é significativa e representativa desta realidade, devendo ser colmatada através

da formação da equipa multidisciplinar com vista à melhoria da prestação de cuidados de apoio à família nestas situações (Alisic et al., 2016). Desta forma, é essencial que existam orientações concretas e informações sobre como apoiar as famílias das crianças e jovens em situação crítica por esta ser potenciadora de um enorme stress e ansiedade. A realidade da UUP é reveladora da necessidade de intervenção ao nível da normatização e formação que sustente os cuidados de enfermagem de apoio à família da criança e jovem em situação crítica. A única norma de procedimento relativamente à atuação da equipa de enfermagem na sala de reanimação não contempla o apoio à família da criança e teve a última revisão em 2015, mas sem alteração do conteúdo da elaborada em 2008. A todos estes aspetos conjuga-se o facto de não existir formação em serviço relacionada com esta temática desde 2012.

Por tudo o que foi referido anteriormente, torna-se importante e relevante a intervenção do enfermeiro, nomeadamente do EEESCJ, evidenciando e contextualizando as necessidades da família da criança em situação crítica identificadas na literatura, adaptando-as ao contexto do SUP. As mesmas serão essenciais para o planeamento de cuidados mais adequados, eficazes e eficientes, ancorados numa filosofia de CCF que seja conducente à melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem nos SUP.

3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO: UM PERCURSO INTEGRADOR DA TEORIA À PRÁTICA

As experiências pessoais e profissionais proporcionadas pela realização dos estágios em diferentes contextos de práticas foram de uma riqueza imensa, que nunca as palavras serão suficientes para traduzir. A metodologia de projeto foi essencial para nortear este caminho de aprendizagem, através de uma prévia definição dos contextos de prática, dos objetivos e das atividades necessárias ao desenvolvimento de competências inerentes à prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e à sua família.

A aprendizagem experiencial promoveu a aquisição de novos conhecimentos e o aprofundar de outros já adquiridos, fazendo vislumbrar o potencial da experiência no desenvolvimento profissional. Na verdade, a experiência é considerada como uma fonte de aprendizagem superior à que a teoria confere, realçando Benner (2001, p. 37) que “é ao longo do tempo que uma enfermeira adquire a ‘experiência’ e que o conhecimento clínico (...) se desenvolve”. Os contextos de cuidados na área da saúde da criança e do jovem foram diversos, tendo sido escolhidos muito precocemente, na fase de projeto, superando as minhas expectativas iniciais e contribuindo, cada um com a sua especificidade, para a minha aprendizagem e aquisição de competências comuns e específicas de EEESCJ.

No sentido de ir ao encontro dos meus interesses profissionais e pessoais e com a finalidade máxima de alcançar as competências de EEESCJ, definiram-se dois objetivos gerais, nomeadamente: **desenvolver competências de enfermeiro especialista no cuidar à criança, jovem e família nos diferentes contextos de prática e desenvolver competências de enfermeiro especialista à criança, jovem e família em situação crítica com foco nas necessidades da família**. Para além destes, estabeleceram-se objetivos específicos respetivos que irão ser clarificados no decorrer deste capítulo. A definição dos objetivos gerais e específicos revelaram-se fundamentais para nortear o percurso de prática e para definir, estruturar e sistematizar as atividades necessárias para a sua concretização. Para tal, a elaboração de um guia orientador com os objetivos e atividades (Apêndice 4) em cada local de estágio, apresentado, refletido com os enfermeiros orientadores e reformulado progressivamente, revelou-se de extrema importância por ter permitido

que a compreensão das especificidades de cada contexto, numa atitude reflexiva, se materializasse na adequação necessária para o desenvolvimento de competências e alcançar dos objetivos propostos.

A reflexão foi uma ferramenta essencial nos diversos contextos de prática e na elaboração do presente trabalho, tendo sido essencial para a integração das experiências vivenciadas numa perspectiva de desenvolvimento de competências especializadas e simultaneamente para a apropriação gradual dos modelos e dos quadros de referência para a disciplina de Enfermagem na prática de cuidados. De acordo com a OE (2010c) a reflexão é um elemento essencial de aprendizagem, desenvolvimento de competências e de primordial importância para a Enfermagem, enquanto um meio com imensos contributos para a garantia da qualidade dos cuidados. A elaboração de uma síntese reflexiva das atividades desenvolvidas em cada local de estágio (Apêndice 5) revelou-se uma importante ferramenta estruturante dos saberes decorrentes da mobilização e integração das situações experienciadas na prática (Alarcão & Rua, 2005).

Os objetivos definidos irão estabelecer a matriz organizadora deste capítulo, através da descrição e reflexão das atividades desenvolvidas nos diferentes contextos, num sentido de complexidade crescente, de forma a facilitar a exposição e a compreensão das mesmas, perspectivando o alcançar dos objetivos delineados e a aquisição de competências de EEESCJ. Cada subcapítulo representará um objetivo geral, seguindo-se os respetivos objetivos específicos que nortearão a clarificação e reflexão sobre as atividades desenvolvidas.

3.1. Desenvolver competências de enfermeiro especialista no cuidar à criança, jovem e família nos diferentes contextos de prática

3.1.1. Avaliar o desenvolvimento da criança e jovem nas diferentes faixas etárias

A realização do estágio no contexto de USF foi fulcral para o aprofundamento de conhecimentos e desenvolvimento de atividades que permitiram compreender em maior profundidade o desenvolvimento infantil e as intervenções promotoras do mesmo. Derivado do facto da minha experiência profissional ter sido sempre em contexto hospitalar, houve a necessidade de um investimento prévio, nomeadamente a pesquisa bibliográfica sobre o desenvolvimento infantil no que concerne à sua

promoção e avaliação, com vista a orientar o olhar sobre a prática de cuidados, as intervenções e o percurso de aquisição de competências de EEESCJ. Além disso, a consulta do Programa Nacional de Vacinação (PNV) (DGS, 2016), do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) (DGS, 2013) e do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) (DGS, 2015), constituíram verdadeiras ferramentas de orientação para direcionar o olhar sobre a prática e a intervenção neste contexto.

A consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil constituiu-se como uma oportunidade privilegiada para a triagem, avaliação, intervenção e orientação em situações de maior complexidade (DGS, 2013). A consulta de enfermagem é representativa de uma intervenção autónoma de enfermagem que se inicia na prescrição elaborada pelo enfermeiro que assume a responsabilidade pela mesma e pela sua implementação (OE, 2015b). De acordo com o Guia Orientador de Boa Prática de Saúde Infantil e Pediátrica sobre a promoção do desenvolvimento infantil na criança (OE, 2010d), é da competência do enfermeiro nas consultas de enfermagem, a avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança nas diferentes faixas etárias, a avaliação do seu estado de saúde, a promoção de condições facilitadoras para um desenvolvimento saudável e a educação e capacitação dos pais para o papel preponderante no processo de desenvolvimento dos seus filhos. A colaboração nas consultas de enfermagem de vigilância de saúde infantil e juvenil (CEVSIJ) permitiu numa fase inicial observar, treinar e refletir sobre as estratégias utilizadas na avaliação do desenvolvimento infantil e as intervenções de enfermagem promotoras do mesmo. A consulta de enfermagem foi norteada e sustentada pelos princípios definidos no PNSIJ (DGS, 2013) e pela escala de avaliação de *Mary Sheridan* modificada que é um instrumento validado para a avaliação do desenvolvimento infantil e juvenil de aplicação rápida, precisa e fiável (OE, 2010d; DGS, 2013). De facto, a vigilância do desenvolvimento infantil não deve basear-se numa abordagem meramente qualitativa, decorrente de uma avaliação baseada no senso clínico, mas sim em instrumentos, validados e precisos, que facilitem e otimizem a deteção de alterações do desenvolvimento (Sices, 2007).

Através da observação participante foi possível perceber que, durante as CEVSIJ, existem momentos nos quais o enfermeiro se revela um pilar essencial na promoção da saúde e do bem-estar não só da criança e do jovem, como também da família. É representativo do que foi referido, a mobilização simultânea de

competências relacionais, ao estabelecer-se uma relação significativa com a criança e família, e de competências técnico-científicas para uma adequada avaliação do crescimento e desenvolvimento, para a promoção da saúde através dos cuidados antecipatórios e para a educação para a saúde através do aconselhamento e capacitação. A possibilidade de colaboração e de realização de CEVSIJ nas diversas idades chave preconizadas no PNSIJ, no primeiro ano de vida, entre 1 e 3 anos, 4 e 9 anos e 10 e 18 anos, em consonância com a pesquisa bibliográfica realizada, potenciaram a integração de conhecimentos, o treino da avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil através da aplicação da escala *Mary Sherydan* modificada e a sistematização de intervenções de enfermagem promotoras do desenvolvimento infantil. A realização de CEVSIJ facilitaram a aquisição de conhecimentos, a estruturação e a autonomia progressiva que foram essenciais para uma intervenção progressivamente acompanhada de maior disponibilidade e abertura para a relação com a criança e a família.

A vigilância de saúde infantil e juvenil engloba atividades promotoras do desenvolvimento e a deteção de alterações, num processo contínuo e flexível, que integra um conjunto de informações fornecidas pela família e por profissionais de várias áreas que acompanham a criança e o jovem e o conhecimento das vivências e dos valores culturais que podem influenciar todo o sistema familiar (OE, 2010e). Neste sentido, a realização das CEVSIJ fomentou um conhecimento mais aprofundado de algumas famílias e uma melhor adequação das intervenções e orientações sobre os cuidados promotores do crescimento e desenvolvimento da criança, relacionados com a prevenção de problemas potenciais e o exercício da parentalidade. De facto, é imprescindível que o EEESCJ possua uma visão sistémica da criança, jovem e família quanto às variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento, com vista à implementação de intervenções, no contexto de cuidados de saúde na comunidade (CSC), ao nível de prevenção primária, que tem o propósito não só de diminuir a possibilidade do sistema enfrentar stressores que interfiram com o equilíbrio e bem-estar, mas também de fortalecer a sua linha de defesa flexível através dos cuidados antecipatórios e da educação para a saúde (Neuman, 2011; Lawson, 2014).

Da experiência na CEVSIJ é de realçar igualmente a importância dos cuidados antecipatórios sobre várias temáticas como a alimentação, higiene e vestuário, sono

e repouso, saúde oral, disciplina, segurança, afetos, estilos de vida saudáveis, brincar e sexualidade (OE, 2010d). Esta intervenção de enfermagem foi concretizada através da educação para a saúde e da disponibilização de material informativo à família. Os cuidados antecipatórios são valorizados pelo PNSIJ como fator essencial de promoção da saúde e de prevenção da doença, desempenhando o EEESCJ um papel essencial no fornecimento de informação orientadora relativa aos cuidados antecipatórios com vista à máxima potencialização do desenvolvimento infanto-juvenil (OE, 2011a).

A experiência e as atividades desenvolvidas no contexto da USF, foram uma oportunidade enriquecedora que potenciou a compreensão da importância da CEVSIJ como um momento privilegiado para o EEESCJ, no sentido do estabelecimento da relação com a criança, jovem e família, da observação e avaliação do crescimento e desenvolvimento infanto-juvenil, da educação para a saúde com foco nos cuidados antecipatórios e da promoção da parentalidade, enquanto elementos essenciais do desenvolvimento infantil.

3.1.2. Desenvolver capacidades de comunicação com a criança e jovem adequadas ao seu estágio de desenvolvimento

A comunicação constitui-se como um vetor fundamental para o estabelecimento da relação e para a avaliação inicial da criança e sua família, contribuindo as estratégias de comunicação mobilizadas pelos enfermeiros para o estabelecimento de cuidados de enfermagem, holísticos e globais (Hockenberry, 2014). A pesquisa bibliográfica sobre estratégias de comunicação eficazes de acordo com o estágio de desenvolvimento da criança e jovem, a identificação das estratégias de comunicação utilizadas pelos EEESCJ com a criança e o jovem nos diferentes estágios de desenvolvimento. A observação participante e auscultação dos enfermeiros, através do questionamento direto com o objetivo de recolher informações e contributos, foram essenciais para uma prestação de cuidados de enfermagem especializada e para o estabelecimento da relação com a criança, o jovem e a sua família com foco na comunicação e no brincar em todos os contextos de estágio. Através da conjugação destas três atividades foi possível constatar que o EEESCJ integra a comunicação como um dos elementos centrais dos cuidados de enfermagem que por vezes se torna dificultada pela existência de algumas características do meio envolvente. De facto, a

falta de brinquedos ou de material de brincar acabaram por condicionar a mobilização do brincar enquanto recurso essencial de comunicação com a criança. Neste sentido, foi muito enriquecedor observar, auscultar os EEESCJ e perceber as estratégias mobilizadas para contornar estas dificuldades, como sejam o recurso às estratégias de comunicação (contar histórias, técnica da 3ª pessoa, entre outras) ou até mesmo a criação de brinquedos com a criança, recorrendo a material existente no serviço.

A comunicação revela-se como um dos elementos integrantes dos cuidados de enfermagem pois através da mesma “chegamos mutuamente a apreender e a compreender as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa e (...) a criar laços significativos com ela” (Phaneuf, 2005, p. 23). O início da comunicação e da relação, desenvolveu-se em atividades de acolhimento, na realização de consultas (pré-operatória e de vigilância de saúde infantil e juvenil) e na prestação de outros cuidados nos diversos contextos, a partir da apresentação e preocupação, por exemplo, em saber o nome dos elementos da família e qual o nome pelo qual a criança gostava de ser chamada. De acordo com Jorge (2004, p. 87) “o enfermeiro deve conhecer a criança/família, apresentar-se pelo nome”. Esta abordagem promove uma maior proximidade entre a família e o enfermeiro, permitindo após este primeiro contacto, que se estabeleça a relação de ajuda, através da clarificação das necessidades, expectativas e objetivos da criança e família (Jorge, 2004). Tendo em consideração a inexistência de relação prévia entre a criança, a família e os profissionais, a preocupação com a criação de um ambiente de proximidade e confiança, revelaram-se fundamentais para a comunicação em contextos de urgência. Para tal uma das estratégias facilitadoras da comunicação e da relação foi o questionamento do nome ao acompanhante da criança no SUP.

O estabelecimento da relação terapêutica e de uma comunicação eficaz integraram as intervenções ao nível da prevenção primária na USF, através do fortalecimento a sua linha de defesa flexível do sistema para garantir o equilíbrio e bem-estar perante a possibilidade enfrentar stressores. Nos contextos de internamento, neonatologia, UCIP e SUP, as mesmas foram de prevenção secundária e terciária uma vez que contribuíram para o fortalecimento das linhas internas de resistência e para aumentar o seu restabelecimento, após o stressor atingir o sistema (Neuman, 2011; Lawson, 2014).

O brincar foi um importante mediador dos cuidados de enfermagem, da relação e da comunicação com a criança nos seus diversos estádios do desenvolvimento, enquanto linguagem universal da mesma (Hockenberry, 2014). Além disso, o brincar e algumas técnicas de comunicação adequadas à idade da criança, contribuíram para a prestação de CNT, numa perspetiva de minimização do desconforto psicológico e físico experienciado pela criança e seus familiares, através da promoção de sentimentos de controlo sobre a situação e do evitar de stressores relacionados com a separação da criança e família, a dor e a lesão corporal (Sanders, 2014). A compreensão das características de cada estágio de desenvolvimento, do desenvolvimento da linguagem e do pensamento foram um elemento facilitador da comunicação (Hockenberry, 2014).

O estágio na neonatologia, UCIP e USF promoveu o desenvolvimento da comunicação com o Recém-nascido (RN) e lactente. As estratégias de comunicação mobilizadas foram essencialmente o toque, a contenção, o falar em tom de voz calmo, o cantar canções de embalar ou o incentivo à sucção não nutritiva e nutritiva, através da amamentação. Tal como refere Hockenberry (2014), as medidas como o abraço, o toque ou o tom da voz têm um efeito tranquilizador e confortante no RN, tendo-se revelado benéficas aquando da necessidade de realização de procedimentos potenciadores de dor como a vacinação, enquanto medida não farmacológica de alívio da mesma. O RN é incapaz de usar palavras, sendo as formas de comunicação essencialmente comportamentais e vocalizações não verbais, que são expressivas das suas necessidades de conforto e bem-estar através do choro, voz e sons, olhar ou toque (Hockenberry, 2014). O seu comportamento é centrado em si próprio e nos seus pais, constituindo-se um estranho uma ameaça, pela sua capacidade para distinguir entre pessoas familiares e não familiares (Wilson, 2014). Tal realidade foi percecionada numa situação ocorrida com uma lactente de 9 meses submetida a uma craniossinostose, com necessidade de pós-operatório na UCIP, que esteve sujeita a uma separação transitória dos pais no momento do acolhimento ao serviço, de acordo com as orientações preconizadas pela equipa multidisciplinar. Após percecionar o olhar de medo da criança, foi questionado aos pais se havia algum brinquedo que tivessem consigo e que a mesma gostasse particularmente, tendo a sua escolha sido um peluche que emitia uma música melodiosa que geralmente a acalmava com o apoio da chucha e do toque. A intervenção desenvolvida foi de prevenção secundária

segundo Neuman (2011) e Lawson (2014), tendo-se revelado muito eficaz na minimização dos stressores decorrentes da separação, acalmando e tranquilizando a criança quando estava mais chorosa. Os lactentes necessitam do conforto e segurança, através de objetos significativos ou familiares (cobertores, brinquedos, entre outras) que poderão contribuir para promover um ambiente mais familiar e aumentar a adaptação da criança à separação uma vez que estes são como a ligação com a sua casa e o mundo exterior ao hospital (Sanders, 2014).

Pelas características inerentes ao seu estágio de desenvolvimento, a criança em idade *toddler* vivencia uma fase de intensa exploração do ambiente e de descoberta sobre como funcionam as coisas, sobre o significado da palavra “não” e o poder das birras, do negativismo e da obstinação (Wilson, 2014). O negativismo característico, relacionado com respostas frequentemente negativas a qualquer pedido (Wilson, 2014), influenciou a colaboração da criança nas intervenções de avaliação do desenvolvimento infantil e de monitorização, tendo sido essencial dar tempo para se ambientar ao espaço físico, disponibilizar os instrumentos e deixar que a mesma se envolvesse por iniciativa própria. Uma das estratégias de comunicação utilizada foi precisamente a possibilidade que foi concedida à criança para fazer escolhas e exercer o controlo sobre a situação (Wilson, 2014). Além disso, a utilização do espaço de brincar, em contexto de internamento e da USF, foi uma ferramenta essencial para a comunicação com a criança em idade *toddler* nomeadamente quando não havia colaboração para a realização de procedimentos como a avaliação da tensão arterial, a pesagem ou a medição. O brincar revelou-se como um importante mediador da colaboração através da negociação para a prestação de cuidados com a criança em idade *toddler*, aproveitando o seu interesse em determinados brinquedos.

O brincar enquanto linguagem universal da criança, facilitadora de vivências, de descoberta de novos significados e conhecimentos, foi muito eficaz para estabelecer a comunicação com a criança em idade pré-escolar através da dramatização com fantoches (Hockenberry, 2014; Sanders, 2014). O conhecimento prévio das características inerentes à criança em idade pré-escolar (Monroe, 2014), alicerçado no modelo conceptual de cuidados de enfermagem de sistemas de Betty Neuman (Neuman, 2011; Lawson, 2014), sustentaram a realização de uma atividade baseada no brincar, que se desenvolveu de acordo com um plano de sessão previamente elaborado (Apêndice 6). A realização de uma atividade de educação para a saúde no

âmbito da saúde escolar, no contexto da Unidade de Saúde na Comunidade (UCC) integrado no estágio a ser realizado na USF, a um grupo de 126 crianças em idade pré-escolar, distribuídos num total de 6 sessões (6 turmas), sobre a importância da vacinação para a promoção da saúde, constituiu-se como uma importante intervenção promotora do brincar e da comunicação com a criança.

A vacinação é um dos momentos potenciadores de dor, ansiedade e de stress na criança saudável, pelo que programas de preparação para procedimentos e hospitalização dirigidos a crianças e jovens saudáveis poderão ser uma importante estratégia de prevenção da ansiedade e de promoção de estratégias de *coping* que facilitarão a adaptação a qualquer alteração súbita da sua condição ou a procedimentos de saúde necessários (Barros, 2003). A escolha de uma intervenção a crianças neste estágio de desenvolvimento, derivou do interesse manifestado por algumas Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) parceiras da UCC, no âmbito do PNSE, que abordasse a importância da vacinação na promoção da saúde e prevenção de doenças. Outra das motivações relacionou-se com o facto da criança em idade pré-escolar estar prestes realizar o exame global de saúde e a vacinação prevista para os 5-6 anos de idade (DGS, 2013; DGS, 2016), podendo esta intervenção ter sido um contributo para o desenvolvimento de competências de *coping*, desmistificando medos e fantasias, para a minimização dos stressores, para o desenvolvimento de reações mais positivas e para que o momento da vacinação seja associado a sentimentos de bem-estar e não de terror e sofrimento (Barros, 2003).

Na criança em idade escolar, pela sua necessidade de explicações relativamente a tudo o que se passa em seu torno, pela menor confiança no que vêem e mais no que sabem e pela sua preocupação aumentada a respeito da integridade corporal (Sanders, 2014), torna-se importante a preparação relativa a tudo o que acontece em seu redor e diretamente em si. O fornecimento de informação antecipatória relacionada sobre os procedimentos a realizar é um dever dos enfermeiros e um dos direitos da criança e da família (IAC, 2008; OE, 2013a). Neste sentido, a preparação da criança escolar ocorreu nos contextos de internamento, SUP e USF, nomeadamente, perante a necessidade de realização de procedimentos invasivos. Este processo ocorreu geralmente em três momentos: antes, durante e após o procedimento. Antes do procedimento, no sentido de promover o desenvolvimento do

sentido de controlo sobre a situação ou estímulo doloroso à criança e à família (Barros, 2003), foi fundamental o fornecimento de informações sobre as etapas do procedimento, sobre o que ia acontecer (onde, quanto tempo vai durar, o que será feito...), o que poderia sentir (pressão, temperatura, nível de desconforto a ser esperado...) e estratégias para lidar com o stressor (OE., 2013a; Schechter, Zempsky, Cohen, McGrath, McMurtry & Bright, 2013). As estratégias não farmacológicas de controlo da dor (distração, relaxamento, imaginação guiada...) foram sempre mobilizadas e avaliadas com a criança e família no sentido de perceber quais as que consideraria serem as melhores para ajudar na sua vivência durante o procedimento. As duas estratégias mais escolhidas pela criança em idade escolar no decorrer dos estágios relacionaram-se com a distração e a imaginação guiada, tendo sido esta última sido muito eficaz numa criança de 10 anos que iria ser submetida a um procedimento de vacinação no contexto da USF. A orientação do seu pensamento para o mar, de acordo com a sua preferência, por este ser um lugar agradável e potenciador de experiências positivas para si, associando-se um tom de voz calmo e suave no decorrer do procedimento, revelou-se extremamente eficaz na redução da sensação dolorosa nesta criança. De facto, a imaginação guiada tem um efeito de distração e alívio da ansiedade em crianças com mais de quatro anos, pelo bloqueio da informação nociceptiva e conseqüente sensação de bem-estar e relaxamento (OE, 2013a; Jacob, 2014). Após o procedimento a recompensa (diplomas, brinquedos, entre outros) e o reforço positivo contribuíram para modelar futuros comportamentos perante procedimentos semelhantes, através da diminuição da angústia, da ansiedade e dor inerente ao procedimento invasivo (Barros, 2003; Schechter et al., 2013).

O humor foi uma importante estratégia de comunicação e do estabelecimento da relação com a criança, mas principalmente com o adolescente, tendo esta experiência sido potenciada pelos contextos de internamento e UCIP. O humor pode ser mobilizado através de brincadeiras, piadas, anedotas, trocadilhos, situações engraçadas, experiências pessoais ou comentários cómicos (Santos, Sousa, Carvalho, Severino & José, 2016). O recurso ao humor foi uma estratégia de comunicação facilitadora da aproximação e do início da relação com o adolescente, tendo-se revelado simultaneamente como uma intervenção de enfermagem fundamentada por um raciocínio clínico, pelo planeamento da mesma e pela avaliação

dos resultados (Santos et al., 2016; Phaneuf, 2005). O humor tem como finalidade tornar as relações mais próximas e de maior confiança (OE, 2013a) e os seus benefícios podem ser inúmeros, destacando-se a melhoria da relação e da confiança, uma maior participação e envolvimento nos cuidados, a diminuição do stress, o desenvolvimento de mecanismos de adaptação e a minimização da ansiedade (Santos et al., 2016). A comunicação com o adolescente foi também facilitada através da melhoria das condições do espaço físico. Embora em contextos de ambulatório e de cuidados de maior complexidade, como o SUP e a UCIP, o ambiente acolhedor possa ser por vezes negligenciado (Sanders, 2014), foram observadas algumas medidas promotoras da comunicação, da relação e do desenvolvimento de sentimentos agradáveis, nomeadamente a disponibilização de televisão ou rede Wi-Fi gratuita que facilitavam o recurso a meios tecnológicos e lúdicos, tão valorizados pelos adolescentes. Apesar do adolescente possuir capacidade de pensamento concreto e abstrato, amplo poder de comunicação e desenvolvimento físico suficiente para melhor tolerar a dor e o stress (Hockenberry, 2014), é nesta fase que há uma maior vulnerabilidade ao internamento pelos receios de perda da identidade e de controlo, de alteração da integridade física e emocional e de separação do seu grupo de pares (Sanders, 2014; Figueiredo, Almeida, Santos & Carneiro 2015). Neste sentido, o EEESCJ desempenha um papel preponderante no alcançar do máximo potencial de saúde através do aproveitamento de oportunidades para facilitar a aquisição de conhecimentos relativos à saúde no adolescente, o compromisso e a negociação do seu contrato de saúde (OE, 2011a).

As experiências decorrentes dos diversos locais de estágio permitiram aprofundar conhecimentos sobre a comunicação com a criança e família nos vários estádios de desenvolvimento e refletir sobre as estratégias mais adequadas de comunicação e do brincar enquanto elemento essencial de comunicação e relação com a criança, jovem e família. Na verdade, o brincar constitui-se um importante mediador dos cuidados de enfermagem (Li, Chung, Ho & Kwok 2016) e um “instrumento de avaliação, para determinar o conhecimento e perceção da criança sobre a sua doença, mas também como método de intervenção e avaliação” (Hockenberry, 2014, p. 131 e 132).

3.1.3. Analisar oportunidades de parceria na prestação de cuidados de enfermagem à criança, jovem e família

A pesquisa bibliográfica sobre a importância da parceria na promoção do CCF, a observação participante da prestação de cuidados dos EEESCJ e a auscultação dos enfermeiros dos diversos serviços, foram essenciais para refletir e identificar algumas das oportunidades de parceria e estratégias para o seu estabelecimento. A realização de algumas atividades como o acolhimento, a colaboração na preparação pré-operatória e na CESIJ e a prestação de outros cuidados à criança e sua família, permitiram desenvolver conhecimentos e cuidados de enfermagem baseados na parceria, enquanto importante elemento promotor do CCF, nos diferentes contextos de prática. O estabelecimento da parceria constitui-se como um elemento fundamental da prestação de cuidados de enfermagem à criança, jovem e família consolidando-se através de uma comunicação efetiva de intervenções no domínio do envolvimento, participação, capacitação e negociação dos cuidados (OE, 2011a). A promoção da parceria desenvolve-se a partir do reconhecimento de que a família é um componente essencial dos cuidados de enfermagem à criança e do respeito pela perícia dos pais em cuidar do filho dentro e fora do hospital (Sousa, 2012). O modelo de CCF reforça a importância de incorporar as necessidades, os desejos e os objetivos da criança e da família na prestação de cuidados de enfermagem através do trabalho conjunto, em parceria, e da negociação, para um objetivo comum com a finalidade de garantir o melhor bem-estar possível, de minimizar os efeitos negativos e de potencializar os benefícios da hospitalização (Sanders, 2014).

A identificação das metodologias de organização dos cuidados de enfermagem nos diferentes contextos de prática foi essencial para perceber a sua importância na prestação de cuidados assentes na promoção e no estabelecimento de parceria com a criança, o jovem e a família. O método individual, organizador dos cuidados de enfermagem na neonatologia, UCIP, SUP e UUP, assenta no conceito de globalidade, implica que as intervenções sejam desenvolvidas pelo enfermeiro a quem a criança e sua família são atribuídos por turno (Sousa, 2012). De acordo com Sousa (2012) não existem metodologias de organização de cuidados ideais, devendo a escolha recair nas características da equipa de enfermagem e dos serviços. Contudo, o método de organização de cuidados do enfermeiro de referência parece ser aquele que melhor representa a filosofia de cuidados de enfermagem pediátricos, assente no

estabelecimento da parceria através do incentivo ao envolvimento, participação e negociação de cuidados com os pais e do assegurar da continuidade do exercício do papel parental (OE, 2011a; Santos, 2012). O estágio realizado no internamento de pediatria foi essencial para perceber a importância do enfermeiro de referência na promoção da parceria com a criança, jovem e família, através da possibilidade de uma resposta mais personalizada, integrada e adequada, decorrente da compreensão das necessidades do sistema familiar no seu todo e na sua globalidade, complexidade e multidimensionalidade através de um paradigma integrativo de cuidados (Neuman, 2011; Lawson, 2014).

A auscultação dos enfermeiros do internamento de pediatria, revelou a necessidade de sistematização do processo de acolhimento à criança, jovem e família com necessidade de internamento transitório na UCIP, tendo sido realizado um documento sobre esta temática que foi apresentado e discutido com a equipa de enfermagem, visando contribuir para a elaboração de uma norma posteriormente (Apêndice 7). Esta atividade foi conducente da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem numa vertente de CCF e parceria através da realização de um acolhimento mais adequado às crianças e famílias nestas situações, da formação da equipa e da promoção do desenvolvimento profissional (OE, 2011a).

Os ambientes altamente tecnológicos e de emergência e a ansiedade decorrente de alguns stressores inerentes ao internamento da criança gravemente doente (Slota, 2013; Sanders, 2014), relacionados com o medo da morte e perda, alterações na aparência da criança, condições inerentes à gravidade da doença, entre outros (Aldridge, 2005; Slota, 2013; Kumar & Avabratha, 2015; Foster et al., 2017), parecem condicionar o estabelecimento da parceria tanto por parte da família como por parte dos enfermeiros. Um dos espelhos representativos desta realidade são as normas existentes na UCIP, SUP ou UUP que se direcionam na sua maioria para aspetos mais técnicos e de apoio à realização de procedimentos médicos. Contudo, na UCIP existe um guia para os pais sobre o procedimento *ECMO (Extra Corporal Membrane Oxigenation)* neonatal e pediátrico que sustenta o estabelecimento da parceria com a criança, jovem e família, através do fornecimento de informações sobre o procedimento (definição, características, benefícios, possíveis complicações...), da clarificação do papel parental durante o mesmo (cuidados que os pais poderão prestar, incentivo a utilização de objetos significativos ...), do incentivo à presença da

família e do esclarecimento de algumas das questões mais frequentes. Na UUP, a norma de procedimento referente ao acolhimento à família da criança na Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD), revelou-se um importante instrumento de apoio a esta intervenção autónoma de enfermagem promotora da parceria e alicerçada nos princípios inerentes ao CCF.

O acolhimento à criança, ao jovem e à sua família no internamento de pediatria, SUP e UCIP, foi uma intervenção essencial para o estabelecimento da relação de ajuda, para a clarificação das necessidades, expectativas e objetivos da criança, do jovem e da família e para a realização do plano de cuidados (Jorge, 2004). O fornecimento de informações relacionadas com o espaço físico do serviço, as normas e rotinas de funcionamento poderão ter potenciado sentimentos de controlo sobre a situação e minimizado sentimentos de incerteza, que são frequentemente vivenciados na fase de adaptação à hospitalização (Santos, 2012; Mendes, 2013; Béranger et al., 2017). A entrega do guia de acolhimento à família no SUP, um documento escrito que sintetiza informações sobre o funcionamento da UICD, a alimentação, a segurança, o bem-estar e conforto e a alta, foi importante para reforçar a mensagem verbal transmitida (Aldridge, 2005). As informações transmitidas de forma clara, orientada, completa e no momento oportuno, promovem a participação da família nos cuidados e na tomada de decisão (Jorge, 2004) e conduzem a uma maior satisfação com os cuidados prestados (Romero & Colmenares, 2015). O EEESCJ é detentor de uma responsabilidade acrescida no estabelecimento da parceria no sentido da qualidade e excelência dos cuidados prestados tendo por base o envolvimento, a participação, a capacitação, a tomada de decisão partilhada e negociação (OE, 2011a; Alves, 2015).

Um elemento-chave dos CCF é o reconhecimento da importância da **participação** da família (Curtis et al., 2016). O **envolvimento** e o incentivo à participação da família nos cuidados, realçando o seu papel integrante na equipa de saúde, revelou-se como um pilar essencial onde assenta o estabelecimento da parceria. Nos diversos contextos de prática, nomeadamente no internamento de pediatria, UCIP e SUP, a preocupação em conhecer as características da criança (como gostava de adormecer, com que brinquedos gostava de brincar, entre outros) através do questionamento à família, promoveu o estabelecimento da relação, da confiança e da parceria. Os pais que foram envolvidos, através do questionamento sobre sua opinião, sobre as características da criança ou sobre a sua permissão para

a realização de alguns cuidados, sentiram-se mais confortáveis e integrados na prestação de cuidados, o que está em consonância com o referido por Curtis et al. (2016). Além disso, este conhecimento sobre a criança, resultante do envolvimento da família nos cuidados, foi fulcral em momentos de prestação de cuidados à criança na sua ausência, para a tranquilização e conforto da mesma. A identificação de algumas medidas tranquilizadoras através dos pais, revelaram-se essenciais para desenvolver intervenções de enfermagem que tiveram resultados muito positivos para acalmar as crianças na sua ausência. No contexto de neonatologia (na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais- UCIN) e na UCIP, o estabelecimento da parceria assumiu uma particular relevância através da sugestão para realização de coisas simples, como segurar a mão da criança, trazer fotografias da família, entre outras (Aldridge, 2005, Askin & Wilson, 2014). A promoção de oportunidades e o encorajar os pais a cuidar dos seus filhos, auxiliando-os através de uma participação guiada, pode tornar a experiência da hospitalização menos angustiante para os mesmos (Cleveland, 2008; Askin & Wilson, 2014). Na verdade, para os pais de um RN prematuro, a participação nos cuidados pode ter um significado maior no sentido da construção e assunção do papel parental em comparação com os de um RN de termo (Ottosson & Lantz, 2017).

A participação da família nas rondas multidisciplinares no contexto de UCIP foram outra das medidas observadas promotoras da parceria. As rondas multidisciplinares, alicerçadas na filosofia de CCF, são um modelo de comunicação que integra a partilha e a avaliação do plano de cuidados, entre a equipa multidisciplinar e a família, num processo de participação ativa e colaboração da mesma (Sisterhen, Blaszk, Woods & Smith, 2007). De acordo com o preconizado pela *American Academy of Pediatrics* (2012), as rondas multidisciplinares deverão ocorrer junto do leito das crianças gravemente doentes na presença dos pais. Esta foi uma medida observada na UCIP, através do incentivo à participação da família e da oportunidade para o esclarecimento das suas dúvidas e receios perante a equipa multidisciplinar. Neste âmbito, a família contribuiu para o processo de cuidados à criança através do esclarecimento e fornecimento de informações gerais sobre as características da criança ou contexto em que ocorreu a situação (de doença, traumática, cirúrgica...) e a sua própria perspectiva de evolução clínica da mesma. Os benefícios da participação e envolvimento da família nas rondas multidisciplinares são inúmeros, realçando a

evidência, que a satisfação e o conforto dos pais parece aumentar quando participam nos cuidados, por se sentirem incluídos, ouvidos, respeitados e considerados como um elemento fundamental da equipa de saúde (Stickney, Ziniel, Brett & Truog, 2014; Curtis et al., 2016).

A **capacitação** foi promovida através do incentivo constante ao envolvimento e participação dos pais nos cuidados, respeitando o seu desejo para o fazer (Meert, Clark & Eggly, 2013). O fornecimento de informação, de acordo com as necessidades da família, mobilizando estratégias de comunicação adequadas, contribuiu para a capacitação da família da criança com limitações físicas associadas a uma doença crónica ou com a incerteza do diagnóstico. Este último é um dos stressores vivenciados pela família em contexto de internamento (McElfresh & Merck, 2014), motivando o desenvolvimento de um conjunto de intervenções que sejam potenciadoras de capacidades de *coping* e ajudem a família a identificar e mobilizar as suas redes de apoio e suporte, no sentido do seu emponderamento e promoção de uma adaptação positiva da família (McElfresh & Merck, 2014). Numa fase inicial da doença, as intervenções de prevenção secundária, preconizadas por Neuman (Neuman, 2011; Lawson, 2014), consistem em capacitar a família para cuidar da criança com limitações ou alterações físicas, ensinando, instruindo e treinando, e posteriormente supervisionando os cuidados. Todo este processo favorece a preparação para a alta e para os cuidados no domicílio, enquanto intervenção de prevenção terciária (Neuman, 2011; Lawson, 2014), uma vez que algumas crianças e famílias têm alta hospitalar ainda com limitações físicas.

As situações de maior complexidade motivadas pela gravidade e instabilidade clínica da criança podem influenciar o envolvimento da família, tendo sido importante o conhecimento das suas necessidades, preocupações, medos e receios. Neste sentido a elaboração de um jornal de aprendizagem (Apêndice 8) sobre uma situação relacionada com a promoção da vinculação e com o estabelecimento da parceria com a mãe de um RN internado na UCIP, foi fundamental para a reflexão sobre a importância da avaliação das dificuldades na participação e no envolvimento parental nos cuidados. Sabendo que os pais são os melhores prestadores de cuidados aos seus filhos e tendo como propósito a promoção e adequação da parentalidade em todas as dimensões do cuidar, o enfermeiro assume um importante papel na colaboração com a família na adaptação ao seu processo de saúde e doença (OE,

2011a). Para tal, o apoio, o ensino, a instrução e o treino, dotando os pais de conhecimentos e aprendizagem de habilidades, revelam-se fundamentais para o seu emponderamento e capacitação com vista à prestação dos melhores cuidados ao seu filho (Cardoso, Silva & Marín, 2015). Todavia, importa ter presente que o desenvolvimento de estratégias promotoras da parceria, só serão mais adequadas às necessidades e dificuldades da pessoa se houver uma eficaz avaliação das mesmas e se for respeitado um dos pilares em que assenta a parceria de cuidados, nomeadamente, a “liberdade que deve ser concedida aos pais para se envolverem ou não no processo de cuidados” (Sousa, 2012, p. 253).

O envolvimento da família foi perceptível pela observação dos cuidados prestados na neonatologia, numa dimensão de preparação para a alta e de transição para o domicílio, através das oportunidades criadas para a prestação cuidados de forma progressiva pelos pais ao RN. A aquisição destas competências parentais (alimentação, gestão do regime terapêutico...) são essenciais à sua continuidade após a alta hospitalar (Cardoso et al, 2015). As mesmas são desenvolvidas através do envolvimento e do incentivo à participação ativa dos pais, reforçando positivamente a sua interação e os cuidados prestados ao seu filho para promover relações saudáveis e o estabelecimento da vinculação (Askin & Wilson, 2014). A promoção da parentalidade e da vinculação é uma área nobre do exercício autónomo dos cuidados de enfermagem com uma enorme pertinência para o EEESCJ a quem compete a implementação e a gestão de um plano de saúde promotor da parentalidade (OE, 2010a; OE, 2011a).

A capacitação da família foi igualmente promovida no contexto de USF, através das diversas consultas de enfermagem realizadas, que se consubstanciaram numa oportunidade privilegiada para ajudar os pais a conhecer melhor o seu filho, a esclarecer dúvidas e a prepará-los para os problemas mais comuns do crescimento e desenvolvimento infantil através das orientações antecipatórias fornecidas (Gomes, 2009). A valorização dos cuidados antecipatórios sobre várias temáticas como a alimentação, higiene, saúde oral, acidentes e segurança, relação emocional, estilos de vida saudáveis (DGS, 2013), concretizada através da educação para a saúde, incluindo a entrega de material informativo como folhetos, facilitaram o envolvimento da família e a sua capacitação para os cuidados diversos à criança.

A parceria estabelecida através do incentivo à participação e envolvimento da família na realização de procedimentos dolorosos, como a vacinação, assume uma importância fulcral, principalmente em lactentes e em crianças em idade *toddler* e pré-escolar (OE, 2013a; Schechter et al., 2013). Neste sentido, destaca-se a constante preocupação na avaliação e no respeito sobre a vontade da família em participar no procedimento de vacinação no contexto de USF, uma vez que alguns pais têm dificuldade no envolvimento em procedimentos dolorosos ao filho (Schechter et al., 2013). O EEESCJ tem um papel fulcral na orientação, clarificação sobre o papel parental e estratégias a desenvolver durante a vacinação, como formas de distração à criança no momento do procedimento, adequadas às suas características e estágio de desenvolvimento (contar histórias, música, relaxamento, sopro, entre outras) e a importância de acalmar a criança após o procedimento (OE, 2013a; Schechter et al., 2013). O fornecimento de informações à família sobre técnicas que pudessem ser mobilizadas para fortalecer os mecanismos de *coping* da criança, clarificando o seu papel, contribuíram para a minimização de alguns dos stressores relacionados com a perda de controlo parental (Schechter et al., 2013). Na verdade, o comportamento dos pais durante a realização de procedimentos pode influenciar significativamente a reação da criança à mesma (Barros, 2003; Schechter et al., 2013; Sanders, 2014), importando que os pais estejam preparados para apoiarem os filhos, quando estes são sujeitos a procedimentos dolorosos (Batalha, 2010).

A **tomada de decisão partilhada** é também um elemento central do estabelecimento da parceria, para a qual o fornecimento de informações e o respeito pela vontade e decisão dos pais se revelaram fundamentais. Os pais desejam ver respeitada a sua experiência para cuidar do filho, partilhar responsabilidades dos cuidados, receberem ajuda, informação e sentirem que confiam em si enquanto pais (OE, 2015a). O fornecimento de informações, adaptada às necessidades da família, foi uma preocupação constante em todos os contextos de cuidados, no sentido da capacitação da família para a tomada de decisão consciente e informada relativamente aos cuidados à criança, tendo sido reveladora de tal, uma situação ocorrida no contexto do SUP, relativamente a uma punção venosa a uma lactente. Perante a dificuldade na sua concretização, para a administração posterior de medicação, foi fornecida informação à família relativa aos benefícios da administração pela via oral ou endovenosa, o que facilitou a tomada de decisão informada que visou

o melhor bem-estar possível para a criança e para a família. De acordo com o 5º Princípio da Carta da Criança Hospitalizada (IAC, 2008, p. 9) “as crianças e os pais têm o direito a serem informados para que possam participar em todas as decisões relativas aos cuidados de saúde”, incumbindo ao enfermeiro ajudar a família a fazer a escolha mais adequada para a criança e para si, desde que a integridade física da mesma não seja colocada em causa.

No processo de partilha na tomada de decisão, foi importante ter presente que a parceria com a família, pode desenvolver pressão e stress associados à necessidade de tomada de decisão, por vezes difícil, sobre o tratamento da criança, nomeadamente em situações de maior gravidade clínica nos contextos de UCIP e SUP (Foster et al., 2017). A presença da família nos diversos contextos de cuidados comportou uma oportunidade de excelência para a partilha de informação e para o incentivo à participação na tomada de decisão, nomeadamente na definição de um plano de cuidados mais adaptado às características da criança ou do jovem.

A **negociação** constitui-se como outro dos componentes da parceria de cuidados (Casey, 1995; Santos, 2012), tendo-se desenvolvido através da promoção da participação da família nos cuidados, clarificando o grau de participação nos cuidados ao filho e ajudando na manutenção do papel parental habitual. A negociação surge do reconhecimento da família como um elemento integrante dos cuidados à criança, mas essencialmente do respeito pela perícia dos pais enquanto cuidadores do filho dentro e fora do hospital (Sousa, 2012). Nos diversos contextos de estágio, a negociação consubstanciou-se em momentos de promoção da participação da família nos cuidados através da clarificação sobre o que a família podia e como o queria fazer. A parceria revelou-se um importante elemento do processo de cuidados de enfermagem que implicou “uma relação aberta entre enfermeiros e pais na qual são discutidos e negociados os cuidados de que a criança necessita e os papéis são estabelecidos em consequência de um mútuo acordo” (Sousa, 2012, p. 243).

No contexto de internamento de pediatria foi possível perceber, através da prestação de cuidados a crianças com doenças neurológicas, asma e diabetes Mellitus tipo 1, que a família da criança com doença crónica é detentora de uma elevada perícia nos cuidados à criança. Numa abordagem baseada na parceria de cuidados, acredita-se que os pais são a maior influência na saúde e bem-estar da criança, a fonte de força, suporte e segurança e com a perícia necessária para

promover e assegurar o máximo bem-estar da criança (Casey, 1995). Desta forma, foi importante a clarificação e compreensão dos hábitos e das preferências da criança e da família, por exemplo, horas de medicação habitual no domicílio, como gosta de ingerir os alimentos (em situações de alterações neurológicas que afetam a alimentação), entre outras, com vista a uma melhor adequação dos cuidados de enfermagem à individualidade, às necessidades e aos desejos de cada sistema familiar (Sousa, 2012). Em conformidade, a experiência no contexto de neonatologia e UCIP, revelou-se fulcral para a negociação no estabelecimento da parceria, através do incentivo à presença da família nos momentos em que esta podia ser envolvida e participar nos cuidados aos mais diversos níveis, desde a higiene, a alimentação, entre outras (Askin & Wilson, 2014).

As atividades desenvolvidas nos diversos locais de estágio foram reveladoras do estabelecimento da parceria como um componente essencial dos CCF, mesmo em contextos de maior complexidade de cuidados a crianças criticamente doentes como as UCIN's, UCIP's ou os SUP's, nas quais a integração desta filosofia é por vezes dificultada (Curtis et al., 2016). O estabelecimento da parceria numa perspetiva de CCF é fundamental para uma prática de cuidados de enfermagem holística (Coombs et al., 2017), assumindo o EEESCJ uma responsabilidade acrescida na “articulação em equidade, dinâmica e flexível, podendo a criança/jovem ser integrados na prestação de cuidados em unicidade ou numa perspetiva multidimensional, cuja operacionalização decorre dos relacionamentos estabelecidos, de natureza aberta, colaborativa, entre a díade e a equipa de enfermagem nos quais podem intervir outros membros da família” (OE, 2011a, p. 14 e 15).

3.2. Desenvolver competências de enfermeiro especialista à criança, jovem e família em situação crítica com foco nas necessidades da família

3.2.1. Analisar práticas de enfermagem na satisfação das necessidades da família da criança e jovem em situação crítica

A admissão na neonatologia, UCIP ou SUP desenvolve sentimentos de ansiedade, medo e incerteza na família, relacionados com a natureza e gravidade da situação, a alteração da integridade física da criança e a perceção de risco de vida (Barros, 2003; Sanders, 2014; Slota, 2014; Kumar & Avabratha, 2015; Foster et al.,

2017). A avaliação das necessidades da família é um elemento fundamental da filosofia de CCF para o desenvolvimento de intervenções de enfermagem de apoio mais adequadas e para diminuir o stress resultante da condição de ter um filho gravemente doente (Aldridge, 2005; Manguy et al., 2018). De acordo com o artigo 89º do Código Deontológico “o enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de: dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa, como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade; contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa” (OE, 2015b, p. 97).

Embora a integração dos princípios inerentes aos CCF ainda seja dificultada nos cuidados a crianças criticamente doentes (Curtis et al., 2016), foi possível observar e desenvolver algumas intervenções promotoras do CCF nos diversos contextos de prática, das quais se realçam a presença da família 24h por dia ou a realização das rondas multidisciplinares com o incentivo à participação da família na UCIP. As características dos contextos de UCIN, UCIP e SUP, nomeadamente, o ambiente desconhecido e altamente tecnológico, a natureza da admissão hospitalar, as alterações na aparência da criança e as condições inerentes à gravidade da doença, associando-se o medo da morte e perda (Aldridge, 2005; Slota, 2013; Kumar & Avabratha, 2015; Foster et al., 2017), podem ser barreiras à concretização de cuidados assentes numa filosofia de CCF (Gill et al., 2014; Dudley et al., 2015). A inexistência de normas de procedimento ou outros documentos nestes contextos que sustentem a satisfação das necessidades da família da criança e jovem em situação crítica, são representativas de tais dificuldades. Contudo, o documento existente no serviço de neonatologia para a auto-avaliação dos pais sobre as suas competências (o que já adquiriram, o que mais necessitam de desenvolver) aos mais diversos níveis (alimentação, higiene e sono, do bebé, entre outros), revelou-se facilitadora da perceção das suas necessidades pelo enfermeiro e facilitou uma melhor adequação do plano de cuidados com vista à sua satisfação.

A observação participante das estratégias utilizadas pelos EEESCJ, foi essencial para a reflexão e prestação de cuidados de enfermagem especializados com foco na satisfação das necessidades da família da criança e jovem em situação crítica. A possibilidade de estarem objetos significativos (brinquedos, fotografias ou objetos religiosos) para a família e para a criança no leito ou junto do mesmo, com vista à

manutenção do conforto, dos valores, das crenças, da cultura, entre outras, foi uma medida observada de satisfação das necessidades da família. O enfermeiro ao reconhecer as necessidades da família da criança em situação crítica, tendo em consideração as suas diferentes dimensões, inseridas num sistema aberto, irá identificar stressores a nível intrapessoal, interpessoal e extrapessoal e desenvolver intervenções (prevenção secundária) que poderão contribuir para o bem-estar da família e conseqüentemente dos filhos (Foster et al., 2017) e para a estabilidade do sistema (Neuman, 2011; Lawson, 2014). A identificação das necessidades e stressores da família da criança e do jovem internados na UCIP, facilitaram o desenvolvimento de estratégias com vista ao estabelecimento de uma relação terapêutica de qualidade e de intervenções mais adequadas com foco no equilíbrio do sistema, na manutenção da sua linha flexível de defesa e na avaliação posterior dos resultados (Neuman, 2011; Lawson, 2014).

Após auscultação dos enfermeiros de cuidados gerais e EEESCJ na UCIP, foi identificada a necessidade da equipa de enfermagem refletir sobre esta temática e dar visibilidade das boas práticas existentes no serviço representativas dos CCF, um dos pilares da enfermagem em pediatria. Desta forma, foi desenvolvido um dossier temático (Apêndice 9) com vista a ser utilizado como uma ferramenta potenciadora da reflexão da equipa de enfermagem em torno das vivências e necessidades da família da criança e jovem gravemente doentes com internamento na UCIP e a contribuir para PBE e alicerçadas nos princípios inerentes aos CCF. Embora a prioridade de cuidados de significativa complexidade se deva focar na manutenção das funções vitais, importa igualmente reconhecer as necessidades e apoiar as famílias das crianças em situação crítica por este ser um momento potenciador de elevado stress e ansiedade (Alisic et al., 2016).

A compreensão das necessidades da família no contexto de UCIP permitiram adequar intervenções de enfermagem de prevenção secundária de acordo com Betty Neuman (Neuman, 2011; Lawson, 2014), nomeadamente ao nível da satisfação das necessidades espirituais, através do contacto estabelecido com o capelão da instituição, numa situação para a qual havia sido identificada a importância da fé, enquanto mecanismo de *coping*, numa família de uma lactente internada com prognóstico muito reservado. No contexto da UUP, destaca-se a intervenção desenvolvida, no sentido de otimização de recursos familiares, após se ter avaliado

um stressor relacionado com a necessidade de uma mãe estar presente na festa de Natal do seu outro filho que não estava internado. As intervenções de enfermagem de prevenção secundária (Neuman, 2011; Lawson, 2014) foram importantes para o fortalecimento das linhas internas de resistência e aumento da resistência do sistema, perante a identificação de um stressor na família, através do desenvolvimento de mecanismos de *coping* relacionados com a mobilização e identificação de recursos facilitadores da vivência (neste caso outros familiares ficaram a acompanhar a criança internada para a mãe se poder ausentar do hospital). A disponibilidade para escutar, estar por perto, esclarecer dúvidas e receios, facilitaram o estabelecimento de uma relação de ajuda e permitiram perceber a essência do papel do EEESCJ e do seu contributo diferenciado no apoio à família da criança gravemente doente. Tal como refere Sanders (2014, p. 1045) proporcionar apoio à família “envolve a disposição de estar presente e ouvir as mensagens verbais e não verbais dos pais”.

A elaboração de um jornal de aprendizagem (Apêndice 8) sobre uma prática de cuidados de enfermagem à família de um RN em situação crítica, no contexto de UCIP, relacionada com a avaliação e satisfação das suas necessidades, contribuiu igualmente para refletir e perceber a importância das “pequenas coisas” referidas por Hesbeen (2000) enquanto elementos fulcrais para o processo de cuidar. O acontecimento súbito, a gravidade da situação, a aparência da criança ou a presença de dispositivos de monitorização invasiva podem influenciar o envolvimento e a participação da família nos cuidados (Aldridge, 2005). Contudo a identificação e satisfação das suas necessidades deverá ser uma competência do enfermeiro através de processos de negociação, clarificação e fornecimento de informações (Andrade et al., 2015).

A necessidade de informação foi observável através do questionamento realizado pelos pais, que optavam por não estar presentes durante a noite, sobre o estado da criança ou como a mesma tinha estado na sua ausência, em situações de internamentos mais prolongados no serviço de neonatologia/UCIN e UCIP. Um dos aspetos que as famílias mais valorizam são as informações sobre a condição da criança, sem as quais são incapazes de participar na tomada de decisão e de estabelecer uma eficaz parceria com os profissionais de saúde (Butler et al., 2013). A informação constitui-se como um dos pilares fundamentais dos CCF (IPFCC, 2017), um direito da criança hospitalizada (IAC, 2008) e um dever inerente ao exercício

profissional do enfermeiro, previsto no artigo 84º do Código Deontológico (OE, 2015b). Tal como refere Jorge (2004, p. 89) “Saber ouvir os pais, esclarecer dúvidas, aceitar responder várias vezes às mesmas perguntas sem formular juízos de valor, procurando que exista uniformidade na informação, permite aos pais e à criança ultrapassar muitos medos e aumentar a confiança na equipa”. De acordo com a diversa evidência consultada, a necessidade de informação, nos diversos contextos de prática, é considerada pelos pais da criança hospitalizada como uma das mais importantes (Andrade et al., 2015; Butler et al., 2013; Romero & Colmenares, 2015).

O conhecimento sobre as necessidades de informação é um importante elemento de promoção do CCF e da prestação de cuidados de enfermagem de qualidade. Todavia, embora exista evidência disponível sobre as necessidades da família da criança hospitalizada, no que concerne às necessidades de informação a lacuna é significativa, nomeadamente, em contextos de hospitalização da criança em situação crítica. Desta forma, a apresentação de uma comunicação livre (Apêndice 10) intitulada “Necessidades de informação da família da criança hospitalizada em situação crítica: protocolo de revisão scoping”, na II Reunião de Enfermagem em Cuidados Intensivos Pediátricos, organizada pela Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos do Centro Hospitalar Lisboa Norte, foi reveladora da pertinência da investigação para o desenvolvimento do conhecimento que possa alicerçar PBE, tendo obtido o reconhecimento do mérito pela atribuição do prémio de melhor comunicação livre (Anexo 1). Além disso, reforçou a importância atribuída ao conhecimento que as tipologias e conteúdos das necessidades de informação da família da criança em situação crítica poderão ter para os sistemas de apoio à decisão de enfermagem. A contribuição para a investigação e para o conhecimento novo é uma das responsabilidades do EEESCJ para a melhoria da eficácia e da qualidade dos cuidados de enfermagem através da promoção do desenvolvimento profissional e de PBE (OE, 2011a).

Tendo em consideração o tempo limitado do estágio no SUP, não foi possível alcançar a concretização deste objetivo pelo facto de não ter acontecido nenhuma situação relacionada com admissão da criança ou jovem em situação crítica, para a qual havia sido desenvolvido um guião de observação sobre as intervenções de apoio à família na sala de reanimação (Apêndice 11), que visava orientar e sistematizar esta experiência com base na metodologia de observação participante. Este tipo de

documentos estrutura a observação de acordo com os objetivos previamente definidos, podendo ser uma valiosa ferramenta que previne a dispersão do observador, redirecionando-o para a temática ou problemática em observação (Correia, 2009). Este instrumento tinha como principal finalidade uniformizar a observação da intervenção na sala de reanimação, otimizar as experiências enriquecedoras inerentes à temática do projeto, em simultâneo com a aquisição dos objetivos previstos e as competências de EEESCJ, e potenciar eventuais contributos para o posterior desenvolvimento do projeto em contexto de trabalho.

A elaboração de uma entrevista a um enfermeiro perito do SUP que desenvolveu um programa de intervenção multidisciplinar na sala de reanimação com integração da presença da família, teve como principal finalidade explorar a temática e obter informações no sentido de contribuir para o desenvolvimento de uma proposta de intervenção de enfermagem relativa ao apoio à família em sala de reanimação (Apêndice 12). A realização desta entrevista foi uma oportunidade de excelência, na medida em que permitiu perceber a forma como foi implementado o projeto, as dificuldades sentidas e as estratégias desenvolvidas para contornar as mesmas. Além disso, proporcionou a reflexão sobre alguns aspetos práticos que facilitaram a definição de estratégias para o desenvolvimento das atividades referentes ao apoio à família da criança e jovem em situação crítica na sala de reanimação previstas para o estágio em contexto de trabalho.

Embora este objetivo não integrasse inicialmente o contexto de USF, a verdade é que, após a auscultação da enfermeira orientadora e da enfermeira coordenadora, esta temática revelou-se pertinente pelo facto de poderem ocorrer situações de elevada gravidade clínica e de emergência na sequência de alguns procedimentos realizados à criança e ao jovem, como a vacinação. As reações anafiláticas à administração das vacinas são raras, no entanto, constituem-se como uma situação grave de ameaça à vida que exige preparação prévia e intervenção imediata dos profissionais de saúde dos serviços onde são realizados estes tipos de procedimentos (DGS, 2016). Assim foi desenvolvida uma sessão de formação (Apêndice 13), em contexto de reunião de serviço na USF, a todos os elementos da equipa multidisciplinar, pela necessidade e importância do envolvimento de todos os profissionais de saúde. Esta atividade teve por base um plano de sessão elaborado (Apêndice 13) e como finalidade contribuir para a promoção do CCF e melhoria da

prática de cuidados relativa à intervenção perante a situação de reação anafilática à vacinação. A equipa multidisciplinar avaliou este momento de formação como muito positivo no que concerne à oportunidade de rever a intervenção perante a reação anafilática à vacinação enquanto situação de elevada gravidade e de emergência. Contudo, a reflexão sobre a importância da presença e apoio da família nestas situações foi o aspeto mais destacado pela equipa multidisciplinar.

A experiência decorrente dos diversos contextos de prática foi muito enriquecedora e permitiu aprofundar conhecimentos sobre a importância da humanização dos cuidados através da filosofia de CCF com foco na satisfação das necessidades da família da criança e do jovem em situação crítica.

3.2.2. Promover práticas de cuidados de enfermagem adequadas às necessidades da família da criança e jovem em situação crítica no contexto de urgência pediátrica

As características do contexto do SUP, relacionadas com a natureza da admissão hospitalar, com o ambiente desconhecido e com a inexistência de relação prévia entre a criança, a família e os profissionais de saúde, podem dificultar uma prestação de cuidados assente na filosofia de CCF (Gill et al., 2014; Dudley et al., 2015). A presença da família na sala de reanimação, embora em situações de gravidade e risco de vida da criança não seja consensual nas equipas de saúde (AHA, 2005; Mekitarian & Ângelo, 2015), é uma realidade no contexto de prática da UUP e constitui-se como uma das medidas promotoras de uma prestação de cuidados alicerçada na filosofia de CCF.

Na sala de reanimação da UUP existe um documento (folha de “registo de reanimação”) onde se realizam os registos de todos os cuidados prestados à criança e jovem em situação crítica. Este documento tem um campo de registo de enfermagem referente à presença da família e ao tipo de apoio que é efetuado à mesma na sala de reanimação. A análise efetuada ao referido documento (Apêndice 15), foi essencial para contextualizar a problemática e fundamentar a sua pertinência para a equipa de enfermagem do serviço. A realização do registo do apoio fornecido à família (74%) foi significativamente inferior ao registo da presença do familiar (99%), podendo ser representativa de desvalorização da equipa relativamente à importância do registo ou de dificuldades da mesma no apoio à família na sala de reanimação. A

análise foi ainda representativa de dificuldades na uniformização do registo relativamente ao tipo de apoio fornecido.

De forma a contribuir para a reflexão, aquisição de conhecimento e melhoria da prática de cuidados de enfermagem relativa ao apoio prestado à família da criança e jovem em situação crítica com enfoque na satisfação das necessidades da família, foi desenvolvida uma sessão de análise de práticas (Apêndice 14) com a equipa de enfermagem relacionada com a presença da família da criança e jovem em situação crítica na sala de reanimação e o apoio fornecido à mesma neste contexto. Esta foi uma atividade extremamente enriquecedora de reflexão em grupo que permitiu a identificação e definição de estratégias (desenvolver momentos de reflexão conjunta na equipa, melhorar os registos efetuados na folha de reanimação, desenvolver documentos sustentadores e norteadores das intervenções de enfermagem e promover a formação da equipa) para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível do apoio prestado à família da criança e jovem em situação crítica na sala de reanimação. Além disso, esta sessão possibilitou ainda a apresentação dos resultados relativos à presença e ao apoio prestado à família na sala de reanimação e a partilha de conhecimento, através da evidência científica atual relacionada com a temática, nomeadamente sobre as necessidades da família da criança em situação crítica. O EEESCJ tem a responsabilidade de contribuir para a investigação, para o conhecimento novo e para a melhoria da eficácia e da qualidade dos cuidados de enfermagem através da promoção do desenvolvimento profissional e de práticas baseadas na evidência (OE, 2011a).

A necessidade de prestação de cuidados de enfermagem de apoio à família da criança e jovem em situação crítica baseada numa filosofia de CCF, o desenvolvimento de protocolos de intervenção e de formação dos enfermeiros sobre a importância do apoio nestas situações, é emergente no contexto dos SUP (Alisic et al., 2016, Foster et al., 2017). A formação dos enfermeiros e o desenvolvimento de documentos que visem sistematizar a sua intervenção no apoio à família da criança e jovem em situação crítica com foco na satisfação das necessidades da família, poderá concorrer para a melhoria da qualidade dos cuidados (Dudley et al., 2015).

Neste sentido, a elaboração de um documento que consistiu num contributo para um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem (Apêndice 15), estruturado segundo as orientações da OE (2013), destinou-se a ser

uma ferramenta representativa das práticas e um orientador de atividades com a finalidade de melhorar os cuidados de enfermagem à família da criança e jovem em situação crítica na sala de reanimação da UUP, com foco na satisfação das necessidades da família. Os processos de melhoria da qualidade emergem como uma necessidade cada vez mais presente nos contextos de prestação de cuidados de saúde em Portugal, sendo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (OE, 2011a) um referencial essencial para a prática especializada de enfermagem. O EEESCJ tem uma responsabilidade acrescida na implementação de projetos de melhoria da qualidade através do incentivo à reflexão sobre a qualidade do exercício profissional e de garantia relativa à excelência dos cuidados de enfermagem prestados (OE, 2011a).

Outra das atividades realizadas relacionou-se com desenvolvimento de documentos de apoio à prática de enfermagem, nomeadamente a revisão da norma de procedimento sobre a “Distribuição e atuação dos elementos numa situação de reanimação” (Apêndice 15). A chegada de uma criança ou jovem ao SUP geralmente é súbita, sem aviso, e quando é comunicada antecipadamente, o tempo até à sua chegada é rápido, o que limita a preparação da sala de reanimação (Manguy et al., 2018) e conduz à necessidade prévia de sistematização e atuação da equipa multidisciplinar. Para além das funções relativas à estabilização clínica da criança em situação crítica, a experiência vivenciada e a reflexão relativa à organização dos cuidados pelo método de enfermeiro de referência, contribuiu para equacionar a possibilidade de poder existir por turno na UUP, um enfermeiro previamente definido para apoiar a família na sala de reanimação. Assim, após reflexão conjunta com a equipa na sessão de análise de práticas, foi atribuída a responsabilidade de prestação de apoio à família da criança e jovem em situação crítica a um enfermeiro na sala de reanimação. As suas funções foram clarificadas nesta norma, através de um conjunto de intervenções de enfermagem norteadoras do apoio à família da criança e jovem em situação crítica na sala de reanimação na UUP, baseadas na evidência consultada sobre as necessidades da família da criança gravemente doente (Apêndice 3).

Por se revelar um dos aspetos carentes de melhoria, após auscultação dos enfermeiros na sessão de análise de práticas realizada, foi ainda realizada a revisão da folha de registo de enfermagem na sala de reanimação referente ao tipo de apoio

fornevido à família da criança em situação crítica (Apêndice 15). No sentido da uniformização no registo, realizaram-se alterações à respetiva folha, baseadas nas necessidades da família da criança em situação crítica identificadas na evidência consultada. Os registos de enfermagem relativos a esta intervenção autónoma de enfermagem e a uniformização da linguagem, poderão ser uma alavanca fundamental para dar visibilidade e clarificar a profissão ao nível do processo de cuidados e dos resultados alcançados, e para sustentar políticas de saúde, traduzindo o contributo singular do exercício profissional dos enfermeiros para os ganhos em saúde da população (Kärkäinen, Bondas & Eriksson, 2005; OE, 2007). A utilização de uma linguagem universal, que seja representativa do pensamento em Enfermagem, será essencial para “padronizar e documentar a caracterização de saúde da pessoa, os diagnósticos e as intervenções de enfermagem, bem como os resultados consequentes à otimização do processo de decisão clínica, relacionados com a prática profissional de enfermeiros e enfermeiros especialistas” (OE, 2014, p. 6).

Através da experiência decorrente deste contexto de prática, foi possível promover o desenvolvimento de práticas de cuidados de enfermagem mais adequadas às necessidades da família da criança e jovem em situação crítica no contexto da UUP e contribuir para a humanização dos cuidados, através da satisfação das necessidades da família que se constituem como um elemento integrante da filosofia de CCF, enquanto pilar fundamental da enfermagem pediátrica, da melhoria da qualidade dos cuidados prestados e de uma maior satisfação do cliente (Dudley et al., 2015; Béranger et al., 2017; Khan et al., 2017; Manguy et al., 2018).

4. PERCURSO PARA ENFERMEIRA ESPECIALISTA: DO CONTRIBUTO DA PRÁTICA À AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

As experiências vivenciadas e o percurso percorrido nos diversos contextos de prática proporcionaram a construção de saberes alicerçados na intencionalidade, no raciocínio e na tomada de decisão em ação (Alarcão & Rua, 2005), enquanto componentes essenciais para o desenvolvimento de competências numa dinâmica de prática reflexiva. A competência é descrita por LeBoterf (1995) como um agir responsável, reconhecido pelos outros, que implica o saber relativo à mobilização, integração e transferência dos conhecimentos, dos recursos e das habilidades que possibilitam a gestão de situações profissionais circunstanciais e complexas. As competências relacionadas com o cuidar em enfermagem são caracterizadas por Serrano, Costa & Costa (2001, p. 16) como as “competências cognitivas (raciocínio lógico, resolução de problemas); competências afectivas (a arte de cuidar); e competências estéticas e reflexivas (o conhecimento de si e a transferência para outras situações)”.

Tendo em consideração que todo este percurso formativo visou o desenvolvimento e a aquisição de competências enquanto futura EEESCJ, importa clarificar que o EE “é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (OE, 2010b, p. 2). Desta forma, considero pertinente realçar as competências comuns de EE adquiridas (OE, 2010b).

As competências do **domínio da responsabilidade profissional, ética e legal** foram desenvolvidas, tendo em consideração que, a temática do projeto de estágio relacionada com o cuidar à criança, jovem e família em situação crítica, ancora necessariamente questões éticas, como a presença da família em situações de elevada gravidade clínica ou dilemas face à morte. O recurso a documentos norteadores do enquadramento profissional sob o ponto de vista legal, deontológico e ético, como o Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2015b) e o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro – REPE (OE, 2015c), alicerçaram o processo de

tomada de decisão e o assegurar de práticas promotoras da humanização, do respeito pela dignidade humana, da responsabilidade e da excelência.

Nas competências do domínio referente à **melhoria contínua da qualidade**, o planeamento e o desenvolvimento de intervenções impulsionadoras da melhoria contínua, foram alcançados através da elaboração de documentos de apoio à prática de enfermagem (Apêndices 7, 9 e 15), de sessões de formação (Apêndice 13) e de análise de práticas (Apêndice 14), destacando a realização de uma proposta de projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem desenvolvido no contexto da UUP (Apêndice 15), estruturado segundo as orientações da OE (2013). Este revelou-se essencial para definir estratégias conducentes da melhoria da qualidade dos cuidados prestados, relativamente ao apoio à família da criança e jovem em situação crítica na sala de reanimação. A sua elaboração definiu diversas atividades, algumas das quais foram iniciadas ainda neste percurso formativo, nomeadamente a revisão de uma norma (Apêndice 15) e da folha de registo de enfermagem na sala de reanimação (Apêndice 15).

As competências do **domínio da gestão dos cuidados** foram alcançadas através da otimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, com a orientação e supervisão de uma enfermeira, recentemente chegada à UUP, relativamente aos cuidados de enfermagem ao lactente com necessidade de ventilação não invasiva e à importância da preparação e apoio à família nestas situações (Apêndice 5). De facto, compete ao EE, a disponibilização de ajuda e assessoria aos enfermeiros no sentido de otimizar os cuidados e facilitar os processos de tomada de decisão (OE, 2010b). Neste domínio foram igualmente desenvolvidas competências relacionadas com a gestão de respostas representativas de adaptabilidade individual e organizacional, nomeadamente no que concerne à resolução de conflitos (Apêndice 5). As atividades para a aquisição destas competências não foram abordadas no capítulo anterior, por não se integrarem nos objetivos de estágio definidos.

Relativamente às competências do **domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**, o contributo de uma prática reflexiva e baseada na evidência ao longo deste percurso, caracterizado por uma complexidade crescente, foi essencial para o desenvolvimento de um melhor conhecimento pessoal e da relação com a pessoa alvo de cuidados. A elaboração de sínteses reflexivas

integradoras das experiências vivenciadas em cada local de estágio (Apêndice 5) e a elaboração de um jornal de aprendizagem (Apêndice 8), contribuíram para alicerçar os saberes e o pensamento crítico inerente à tomada de decisão, que se revelou primordial para perceber as dimensões inerentes à prática e o desenvolvimento da especificidade e conhecimento contido na prática clínica (Benner, 2001).

Ainda neste domínio gostaria de realçar as competências desenvolvidas no âmbito da responsabilidade relativa à promoção da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade, alcançadas através da elaboração de um dossier temático sobre os CCF (Apêndice 9) no contexto de UCIP, da realização da sessão de formação em contexto da USF (Apêndice 13) e da sessão de análise de práticas (Apêndice 14) no contexto da UUP. Estas atividades foram uma importante oportunidade para a aquisição do conhecimento, através da partilha da evidência científica atual relacionada com a temática do CCF, nomeadamente com as necessidades da família da criança em situação crítica. A apresentação da comunicação livre (Apêndice 10) num evento científico, promoveu o desenvolvimento de competências relacionadas com a importância da investigação para alicerçar PBE. De acordo com OE (2010b) compete ao EE suportar a prática clínica na investigação e evidência e contribuir para o conhecimento novo.

O percurso de aprendizagem e de prática contribuiu igualmente para o desenvolvimento de competências específicas referentes ao EEESCJ (OE, 2010a). No que concerne às competências do domínio **assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde** destacam-se as relacionadas com a implementação e gestão, em parceria, de um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança e do jovem. As atividades desenvolvidas nos diversos contextos de prática como as sessões de formação (Apêndice 13 e 14), os documentos elaborados (Apêndice 7, 9 e 15), o acolhimento aos serviços, a realização de consultas de enfermagem (CEVSIJ e pré-operatória) e a entrevista a perito (Apêndice 12), permitiram desenvolver competências especializadas a este nível. Além disso, reforçaram a importância do desenvolvimento de cuidados alicerçados na filosofia de CCF, para os quais são fundamentais a satisfação das necessidades da família e a parceria estabelecida, através do seu envolvimento, da sua capacitação, da negociação e da partilha na tomada de decisão.

Salienta-se igualmente o desenvolvimento de competências do domínio do **cuidar da criança/jovem e família em situações de especial complexidade**, nomeadamente ao nível da gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança e do jovem. A apropriação dos conhecimentos sobre a saúde e o bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança e do jovem e a mobilização de medidas farmacológicas e não farmacológicas, através de um pensamento crítico e sistémico, foram traduzindo uma progressiva diferenciação enquanto futura enfermeira especialista. O Guia Orientador de Boa Prática da OE sobre as estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança (OE, 2013a), foi uma importante ferramenta de apoio às intervenções desenvolvidas neste âmbito e na prestação de CNT.

Este percurso formativo proporcionou também o desenvolvimento de competências do domínio de **presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem** relativamente à promoção do crescimento e o desenvolvimento infantil, realçando-se o estágio na USF que permitiu, através da realização da CEVSIJ, a utilização de instrumentos de avaliação do desenvolvimento, particularmente a escala de desenvolvimento de *Mary Sheridan* modificada, e a perceção da importância da educação para a saúde com foco nos cuidados antecipatórios e da promoção da parentalidade como vetores essenciais do desenvolvimento infantil. Ainda neste domínio de competência gostaria de enfatizar o desenvolvimento de competências de comunicação com a criança e família que, numa perspetiva de CCF, são pilares fulcrais para o estabelecimento da relação e da parceria. A sessão de educação para a saúde realizada no âmbito da saúde escolar a um grupo de crianças em idade pré-escolar (Apêndice 6) foi uma intervenção representativa da importância da comunicação e do brincar enquanto linguagem universal da criança (Hockenberry, 2014).

Este foi um percurso marcado por imensas experiências enriquecedoras que proporcionaram o desenvolvimento de saberes e de competências especializadas, que só uma prática reflexiva e a apropriação dos modelos teóricos podem concretizar, na procura permanente da excelência de cuidados à criança, ao jovem e à sua família.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do presente relatório representa o culminar de um percurso que se pautou pela reflexão constante e sistematizada sobre a prática, pela apropriação de múltiplos saberes e pelo desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista, numa perspetiva de cuidados holísticos, éticos e culturalmente sensíveis, alicerçados nos modelos orientadores dos cuidados de enfermagem pediátricos.

A orientação deste percurso formativo através da metodologia de projeto foi fundamental para o alcançar dos objetivos propostos e para o desenvolvimento de competências comuns e específicas EEESCJ nas diversas dimensões do exercício profissional e de competências relacionadas com o grau de mestre, numa interligação contínua entre a reflexão, a teoria e a prática. Neste sentido, destaco o modelo de sistemas de Betty Neuman e o quadro de referência da enfermagem pediátrica, os CCF e os CNT, enquanto importantes contributos para o meu percurso, por se terem constituído como as linhas orientadoras do meu pensamento e da prática de cuidados. Todavia, o percurso de aprendizagem não tem o seu término com a elaboração deste relatório, ficando o compromisso de continuar a desenvolver as competências especializadas que aqui foram iniciadas.

A prestação de cuidados de enfermagem assentes nos princípios inerentes ao modelo de CCF e à parceria, que reconheça a família como elemento integrante no planeamento e na tomada de decisão relativa aos cuidados à criança gravemente doente, pode conduzir a uma melhoria da qualidade, a uma maior eficácia dos mesmos e a uma maior satisfação do utente (Dudley et al., 2015; Béranger et al., 2017; Khan et al., 2017). Consciente que o desafio colocado a este nível é enorme, mas que simultaneamente emerge a necessidade de promoção de CCF à criança e ao jovem em situação crítica, considero que o contributo desenvolvido relacionado com um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, será importante para impulsionar cuidados de enfermagem de excelência e qualidade a este nível. Desta forma, numa perspetiva de continuidade, os meus projetos futuros passam essencialmente por:

a) contribuir para a formação dos enfermeiros responsáveis pelo fornecimento de apoio à família na sala de reanimação, justificando esta necessidade formativa junto do departamento de formação da instituição onde exerço funções com vista ao desenvolvimento de competências pessoais e profissionais que sejam promotoras de

intervenções mais eficazes e adequadas às necessidades e unicidade da família da criança em situação crítica;

b) organizar um grupo de trabalho que terá como principal finalidade a elaboração de um guia de intervenções de enfermagem no apoio à família da criança e jovem em situação crítica para expandir, numa fase posterior, ao internamento da UUP; a dinamização de formação à equipa de enfermagem sobre a temática à luz da evidência; as auditorias às normas e documentos sustentadores das práticas; e a divulgação de indicadores de cuidados de enfermagem na própria equipa e em eventos científicos;

c) participar com o projeto referente ao apoio à família da criança e jovem em situação crítica na sala de reanimação na edição de 2019 do Prémio de Boas Práticas em Saúde®, organizado pela Direção Geral da Saúde, a Administração Central do Sistema de Saúde e todas as Administrações Regionais de Saúde, que tem como principal finalidade incentivar e premiar a inovação nos cuidados saúde e os processos de melhoria da qualidade, promovendo a divulgação e a replicação das boas práticas dos diversos contextos de cuidados.

As ferramentas iniciais estão criadas, importando agora dar continuidade à inclusão da família em todo o processo de cuidados desde a admissão na UUP, apostando na formação dos enfermeiros e na investigação que possam sustentar PBE que sejam promotoras de um modelo de cuidados alicerçado nos princípios dos CCF (Dudley et al., 2015; Manguy et al., 2018). A escolha da comunicação com a temática relativa à presença e ao apoio à família da criança e jovem em situação crítica na sala de reanimação, para representar um projeto de boas práticas na instituição, no âmbito da cidadania em saúde, no I Congresso de Enfermagem organizado pelo Hospital onde exerço funções, foi uma valiosa oportunidade para partilhar e sensibilizar os enfermeiros para a importância de uma prestação de cuidados assente na filosofia de CCF, enquanto elemento fundamental para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Para finalizar, gostaria de realçar que este percurso se consubstanciou num enorme desenvolvimento pessoal e profissional que hoje incrementa em mim a responsabilidade acrescida para ser um vetor de mudança no contexto da prática de cuidados no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados à criança, ao jovem e à família e para contribuir para a evolução da enfermagem enquanto disciplina e profissão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I. & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14 (3), 373-382. Acedido em 15/03/2018. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072005000300008>.
- Aldridge, M. D. (2005). Decreasing Parental Stress in the Pediatric Intensive Care Unit One Unit's Experience. *Crit Care Nurse*, 25 (6). 40-50.
- Alisic, E., Hoysted, C., Kassam-Adams, N., Landolt, M. A., Curtis, S., Kharbanda, A. B. ... Babl, F. E. (2016). Psychosocial Care for Injured Children: Worldwide Survey among Hospital Emergency Department Staff. *J Pediatr*, 170, 227-233, e1-6. DOI: 10.1016/j.jpeds.2015.10.067.
- Allen, K. A. (2014). Parental decision-making for medically complex infants and children: An integrated literature review. *Int J Nurs Stud*, 51 (9), 1289–1304. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2014.02.003.
- Alligood, M. R. (2014a). Introduction to Nursing Theory: Its History, Significance, and And Analysis. In: M. R. Alligood (Ed.). *Nursing Theorists and Their Work*. (8ª ed.) (Unit 1, Cap. 1, pp. 2-13). Missouri: Elsevier Mosby.
- Alligood, M. R. (2014b). The Structure of Specialized Nursing Knowledge. In: M. R. Alligood (Ed.). *Nursing Theorists and Their Work*. (8ª ed.) (Unit I, Cap. 4, pp. 38-41). Missouri: Elsevier Mosby.
- Alves, J. M. N. O. (2015). *Oportunidades de parceria no cuidar de crianças com necessidades especiais de saúde - a perspetiva dos pais*. Tese de Mestrado. Disponível no RCAAP. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/18056>.
- American Academy of Pediatrics - Committee on Hospital Care and Institute for Patient and Family-Centered Care (2012). Patient- and family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics*, 129, 394–404. DOI:10.1542/peds.2011-3084.
- American Heart Association (2005). Part 2: Ethical issues. *Circulation*, 112, IV6-10. Acedido em: 19/02/2017. Disponível em <http://circ.ahajournals.org/>.
- Andrade, R. C., Marques, A. R., Leite A.C.A.B., Martimiano, R. R., Santos, B. D., Pan, R.... Nascimento, L. C. (2015). Necessidades dos pais de crianças hospitalizadas evidências para o cuidado. *Rev. Eletr. Enf*, 17 (2), 379-394. Acedido em 12/02/2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i2.30041>.

- Askin, D. B. & Wilson, D. (2014). Recém- Nascido de Alto Risco e a Família. In M. Hockenberry, D. Wilson (Eds). *WONG, Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed.) (Vol. I, Cap.10, pp.331-411). Loures: Lusociência.
- Ball, J., Bindler, R. & Cowen, K. (2014). *Child health nursing. Partnering with children and families*. (2ª ed.). Harlow: Pearson.
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica: perspectiva desenvolvimentalista*. (2ª ed). Lisboa: Climepsi.
- Basto, M. (2009). Investigação sobre o cuidar de Enfermagem e a construção da disciplina: Proposta de um percurso. *Pensar Enfermagem*, 13 (2), 11-18. Acedido em: 23/02/2018. Disponível em: [pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_2_11-18\(1\).pdf](https://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_2_11-18(1).pdf).
- Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria – Compreender para mudar*. Lisboa: Lidel.
- Batalha, L. M. C. (2013). Avaliação e controlo da dor em pediatria: uma década. *Saúde & Tecnologia*, SUPLEMENTO, e16-e21. Acedido em: 20/04/2017. Disponível em: https://www.estesl.ipl.pt/sites/default/files/ficheiros/pdf/art_03_estesl_suplemento_2013.pdf.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. (Edição Comemorativa). Coimbra: Quarteto Editora.
- Béranger, A., Pierron, C., Blanquat, L. S., Jean, S. & Chappuy, H. (2017). Communication, informations et place des parents en réanimation polyvalente pédiatrique: revue de la littérature. *Archives de Pédiatrie*, 24 (3), 265-272. Acedido em 15/12/2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2016.12.00>.
- Brink, E. & Skott, C. (2013). Caring about symptoms in person-centred care. *Open Journal of Nursing*, 3 (8), 563-567. DOI: 10.4236/ojn.2013.38077.
- Butler, A., Copnell, B. & Willetts, G. (2013). Family-centred care in the paediatric intensive care unit: an integrative review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 2086–2100. DOI: 10.1111/jocn.12498.
- Byczkowski, T. L., Gillespie, G.L., Kennebeck, S. S., Fitzgerald, M. R., Downing, K. A. & Alessandrini, E.A. (2016). Family-Centered Pediatric Emergency Care: A Framework for Measuring What Parents Want and Value. *Acad Pediatr*, 16 (4), 327–335. DOI: 10.1016/j.acap.2015.08.01.

- Cardoso, A., Silva, A. & Marín, H. (2015). Competências parentais: construção de um instrumento de avaliação. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV (4), 11-22. Acedido a 15/10/2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14012>.
- Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 1058-1062. DOI: 10.1111/j.1365-2648.1995.tb03105.x.
- Cleveland, L. M. (2008). Parenting in the Neonatal Intensive Care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 37 (6), 666-691. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2008.00288.x.
- Collière, M. F. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel.
- Coombs, M., Puntillo, K. A., Franck, L., Scruth, E. A., Harvey, M.A., Swoboda, S. M. & Davidson, J. M. (2017). Implementing the SCCM Family-Centered Care Guidelines in Critical Care Nursing Practice. *AACN Adv Crit Care*, 28 (2), 138-147. Acedido em 25/11/2017. Disponível em: <https://doi.org/10.4037/aacnacc2017766>.
- Correia, M. C. B. (2009). A observação participante enquanto técnica de investigação. *Pensar Enfermagem*, 13 (2), 30-36. Acedido em: 18/11/2017. Disponível em: pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_2_30-36.pdf.
- Costa, T. A. P. (2014). *Cuidar da criança em fim de vida: a comunicação*. Dissertação de Mestrado. Disponível no RUCP. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/16395/1/Tese%20de%20Mestrado%20-%20Cuidar%20da%20Crian%20em%20Fim%20de%20Vida%20-%20A%20Co.pdf>
- Curtis, K., Foster, K., Mitchell, R., & Van, C. (2016). Models of Care Delivery for Families of Critically Ill Children: An Integrative Review of International Literature. *Journal of Pediatric Nursing*, 31 (3), 330–341. Acedido em: 15/01/2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2015.11.009>.
- Decreto-Lei n.º74/2006 de 24 de março (2006). Procede à regulamentação das alterações introduzidas pela Lei de Bases do Sistema Educativo relativas ao novo modelo de organização do ensino superior no que respeita aos ciclos de estudos. *Diário da República*, I Série-A, N.º60 (24-03-2006), 2242-2257.

- Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar 2015*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2016). *Programa Nacional de Vacinação 2017*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Dudley, N., Ackerman, A., Brown, K. M. & Snow, S. K. (2015). Patient- and Family-Centered Care of Children in the Emergency Department. *Pediatrics*, 135 (1), e255-e272. DOI: 10.1542/peds.2014-3424.
- Duff, E. (2011). Relating the Nursing Paradigm to Practice: A Teaching Strategy. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 8 (1), 1-8. DOI: 10.2202/1548-923X.2076.
- European Association for Children in Hospital (2009). *Carta da Criança Hospitalizada (Anotações)*. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.
- Fawcett, J. (1984). The Metaparadigm of Nursing: Present Status and Future Refinements. *Summer*, XVI (3), 84-87. DOI: 10.1111/j.1547-5069.1984.tb01393.x.
- Ferreira, P. L., Melo, E., Reis, G. & Mello, D. F. (2010). Validação e análise da precisão da versão em português do Needs of Parents Questionnaire. *Jornal de Pediatria*, 86 (3), 221-227. Acedido em: 12/02/2017. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572010000300010>.
- Figueiredo, A. M. S., Almeida, C. M. S., Santos, M. M. O. & Carneiro, C. F. (2015). Vivências dos adolescentes durante a hospitalização num serviço de pediatria. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV* (6), 105-114. Acedido em: 10/11/2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14041>.
- Foster, K., Young, A., Mitchell, R., Van, C. & Curtis, K. (2017). Experiences and needs of parents of critically injured children during the acute hospital phase: A qualitative investigation. *Injury, Int. J. Care Injured*, 48, 114–120. Acedido em 15/09/2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.injury.2016.09.034>.

- Gill, F. J., Pascoe, E., Monterosso, L., Young, J., Burr, C., Tanner, A. & Shields, L. (2014). Parent and staff perceptions of family-centered care in two Australian children's hospitals. *European Journal for Person Centered Healthcare*, 1, 317–325. Acedido em: 10/01/2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5750/ejpch.v1i2.665>.
- Gomes, C. G. (2009). Cuidar do sono do bebé. *Revista Referência*, II (9), 69-77. Acedido em: 06/10/2017. Disponível em: https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=263.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital*. Loures: Lusociência.
- Hockenberry, M. J. (2014). Comunicação e Avaliação Inicial da Criança. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *WONG, Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed.) (Vol. I, Cap.6, pp.122-183). Loures: Lusociência.
- Hockenberry, M. & Barrera, P. (2014). Perspectivas de enfermagem pediátrica. In M. Hockenberry, D. Wilson (Eds). *WONG, Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed.) (Vol. I, Cap.1, pp.1-20). Loures: Lusociência.
- Hsiao, P. R., Redley, B., Hsiao, Y.C., Lin, C.C., Han, C.Y. & Lin, H. R. (2017). Family needs of critically ill patients in the emergency department. *Int Emerg Nurs*, 30, 3-8. DOI: 10.1016/j.ienj.2016.05.002.
- Instituto de Apoio à Criança (2008). *Carta da Criança Hospitalizada*. 4ª Edição. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.
- Institute for Patient and Family Centered Care (2017). *Advancing the practice of patient and family centered care in hospitals*. Bethesda: IPFCC. Acedido em: 05/05/2017. Disponível em: http://www.ipfcc.org/resources/getting_started.pdf
- International Council of Nurses (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE® versão 2*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Jacob, E. (2014). Apreciação e Gestão da Dor na Criança. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *WONG, Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed.) (Vol. I, Cap.7, pp. 188-239). Loures: Lusociência.
- Jorge, A. M. (2004). *FAMÍLIA E HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA – (Re) Pensar o Cuidar em Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Kärkäinen, O., Bondas, T. & Eriksson, K (2005). Documentation of individualized patient care: a qualitative metasynthesis. *Nursing Ethics*, 12 (2), 123-132. DOI: 10.1191/0969733005ne769oa.

- Kérouac, S., Pepin J., Ducharme, F., Duquette, A. & Major, F. (2002). *El pensamiento enfermero*. 3^a ed. Barcelona: Masson, S.A.
- Khan, A., Baird, J., Rogers, J. E., Furtak, S. L., Williams, K. A., Allair, B. ... Landrigan, C. P. (2017). Parent and Provider Experience and Shared Understanding After a Family-Centered Nighttime Communication Intervention. *Acad Pediatr*, 17 (4), 389-402. DOI: 10.1016/j.acap.
- Kolb, D. A. (2015). *Experiential learning - Experience as the Source of Learning and Development*. 2^a ed. New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Kumar, B. S. & Avabratha, K. S. (2015). Parental stress: a study from a pediatric intensive care unit in Mangalore. *Int J Contemp Pediatr*, 2 (4), 401-405. Acedido em: 10/11/2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18203/2349-3291.ijcp20150983>.
- Kuo, D. Z., Houtrow, A. J., Arango, P., Kuhlthau, K. A., Simmons, J.F. & Neff, J.M. (2012). Family-Centered Care: Current Applications and Future Directions in Pediatric Health Care. *Matern Child Health J*, 16, 297–305. DOI 10.1007/s10995-011-0751-7.
- Lawson, T. G. (2014). Betty Neuman: Systems Model. In: M. R. Alligood (Ed.). *Nursing Theorists and Their Work*. (8^a ed.) (Unit III, Cap. 16, pp. 281-302). Missouri: Elsevier Mosby.
- LeBoterf, G. (1995). *De la comp tence. Essai sur un attracteur  trange*. (3^aed.). Paris:  ditions d'Organizations.
- Li, W. H. C., Chung, J. O. K., Ho, K. Y. & Kwok, B. M. C. (2016). Play interventions to reduce anxiety and negative emotions in hospitalized children. *BMC Pediatrics*, 16 (36), 1–9. DOI: 10.1186/s12887-016-0570-5.
- Manguy, A. M., Joubert, L., Oakley, E. & Gordon, R.J. (2018). Psychosocial Care Models for Families of Critically Ill Children in Pediatric Emergency Department Settings: A Scoping Review. *Pediatr Nurs*, 38, 46-52. DOI: 10.1016/j.pedn.2017.10.014.
- Martin, C. (2002). Cuidados de Enfermagem, uma Disciplina: Condi es e Desafios. *Pensar Enfermagem*, 6 (1), 9-16.

- McCormack, B., Borg, M., Cardiff, S., Dewing, J., Jacobs, G., Janes, N., ..., Wilson, V. (2015). Person-centredness – the 'state' of the art. *International Practice Development Journal*, 5 (1), 1-15. Acedido em: 30/01/2017. Disponível em: <http://www.fons.org/library/journal.aspx>.
- McElfresh, P. B. & Merck, T. T. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença Crónica ou Incapacidade. In M. Hockenberry, D. Wilson (Eds). *WONG, Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed.) (Vol. I, Cap.22. pp.897-930). Loures: Lusociência.
- Meert, K. L., Clark, J. & Eggly, S. (2013). Family-Centered Care in the Pediatric Intensive Care Unit. *Pediatr Clin North Am*, 60 (3), 761–772. DOI: 10.1016/j.pcl.2013.02.011.
- Mekitarian, F. F. P. & Ângelo, M. (2015). Family's presence in the pediatric emergency room: Opinion of health's professionals. *Revista Paulista de Pediatria*, 33 (4), 460–466. Acedido em: 19/02/2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpped.2015.03.010>.
- Melo, M. C., Ferreira, A. R., Vasconcellos, M. C., Gresta, M. M., Silva, N. L. C. & Ferri, P.M. (2011). Novas recomendações para o atendimento ao paciente pediátrico gravemente enfermo. *Revista Médica de Minas Gerais*, 21, 12-21. Acedido em: 18/02/2017. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/803>.
- Mendes, M. G. S. R. & Martins, M. M. F. P. S. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série (6), 113-121. Acedido em: 30/01/2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1144>.
- Mendes, M. G. S. R. (2013). *A natureza da parceria de cuidados de enfermagem em pediatria um contributo para a parceria efetiva*. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Disponível no Repositório UCP. <http://hdl.handle.net/10400.14/15342>.
- Miranda, J. O. F., Camargo, C. L., Sobrinho, C. L. N., Portela, D. S., Monaghan, A., Freitas, K. S. ... Mendoza, R. F. (2016). Tradução e adaptação de um escore pediátrico de alerta precoce. *Rev Bras Enferm*, 69 (5), 833-841. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0096>.

- Neuman, B. (2011). The Neuman Systems Model. In: B. Neuman, Fawcett, J. *The Neuman Systems Model*. (5ªed.) (Cap. 1, pp. 3-33). United States of America: Pearson Education, Inc.
- Noyes, J. (1999). The impact of knowing your child is critically ill: a qualitative study of mother's experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (2), 427-435. DOI: 10.1046/j.1365-2648.1999.00906.x.
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Sistemas de Informação em Enfermagem: Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010c). *Modelo de Desenvolvimento Profissional: fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010d). *Guias Orientadores de Boa Prática Em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. In: Cadernos Ordem dos Enfermeiros, Série I, Volume 1, Nº 3. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010e). *Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (2011a). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. 1 (3). Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011b). *Guias Orientadores de Boa Prática Em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. In: Cadernos Ordem dos Enfermeiros, Série I, N.º 3, Volume 2. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2013a). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Série I, n.º 6. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros (2013b). *Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2014). *Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (2015a). *Guia Orientador de Boa Prática: Adaptação á parentalidade durante a hospitalização*. Série 1 (8).Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros – Conselho Jurisdicional (2015b). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros – Conselho Jurisdicional (2015c). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros & Conselho Internacional de Enfermeiros (2016). *CIPE® Versão 2015 – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM*. Edição Portuguesa. Lisboa: Lusodidata – Sociedade Portuguesa de Material Didáctico, Lda.
- Orloff, S. & Jones, B. (2011). Psychosocial Needs of the Child and Family. In: Carter, B. S., Levetown, M. & Friebert. S. E. (Eds). *Palliative care for infants, children, and adolescents: a practical handbook*. (2ª ed) (pp. 202-226). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Ottosson, C. & Lantz, B. (2017). Parental participation in neonatal care. *Journal of Neonatal Nursing*, 23 (3), 112-118. Acedido em: 27/11/2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2016.11.001>.
- Pearson, A. & Vaughan, B. (1992). *Modelos para o exercício profissional de enfermagem*. Lisboa: ACEPS.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pinto, J. P., Ribeiro, C. A., Pettengill, M. M. & Balieiro, M. M. F. G. (2010). Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63 (1), 132-135. Acedido em: 30/01/2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000100022>.

- Prémio de Boas Práticas em Saúde (2018). *O que é o Prémio?*. Acedido em: 18/04/2018. Disponível em: <http://www.boaspraticasemsaude.com/node/5>.
- Redley, B., Levasseur, S. A., Peters, G. & Bethune, E. (2003). Familie's needs in emergency departments: instrument development. *Journal of Advanced Nursing*, 43 (6), 606–615. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2003.02759.x.
- Romero, H. R. A. & Colmenares, S. M. R. (2015). Necesidades percibidas de atención por niños, cuidadores y enfermeros durante la hospitalización en una unidad de cuidado intensivo. *Investig Enferm. Imagen Desarr*, 17 (1), 113-130. DOI: 10.11144/Javeriana.IE17-1.npan.
- Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença e hospitalização. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *WONG, Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed.) (Vol. II, Cap. 26, pp.1025-1060. Loures: Lusociência.
- Santos, S. M. G. (2012). *As Necessidades dos Pais da Criança Hospitalizada*. Tese de Mestrado. Disponível em: <http://bdigital.ipg.pt/dspace/bitstream/10314/1319/1/E%20SIP%20%20As%20necessidades%20dos%20Pais%20da%20Crian%C3%A7a%20Hospitalizada%20%20S%C3%ADvia%20Maria%20Gaiola%20dos%20Santos.pdf>.
- Santos, C. F. M., Sousa, L. M. M., Carvalho, M. L., Severino, S. S. P. & José, H. M. G. (2016). A intervenção humor em enfermagem num serviço de ortopedia; estratégias e benefícios. *Revista Investigação em Enfermagem*, Agosto, 36-44. Acedido em: 17/11/2017. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.17/2623>.
- Schechter, N. L., Zempsky, W. T., Cohen, L. L., McGrath, P. J., McMurtry, C. M., & Bright, N. S. (2013). Pain Reduction During Pediatric Immunizations: Evidence-Based Review and Recommendations. *Pediatrics*, 119 (5), e1184-1198. DOI: 10.1542/peds.2006-1107.
- Schon, D. A. (1994). *Le praticien réflexif: à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Montréal: Éditions Logiques.
- Serrano, M. T. P., Costa, A. S. M, C. & Costa, N. M. V. N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, III Série (3), 15-23. Acedido em: 14/03/2018. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn3/serIIIIn3a02.pdf>.

- Sices, L. (2007). Use of developmental milestones in pediatric residency training and practice: time to rethink the meaning of the mean. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 28 (1), 47-52. DOI: 10.1097/DBP.0b013e31803084c6.
- Silva, A. P. (2007). “Enfermagem Avançada”: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55, 11-20.
- Sisterhen, L. L., Blaszak, R. T., Woods, M. B. & Smith, C. E. (2007). Defining Family-Centered Rounds. *Teaching and Learning in Medicine: An International Journal*, 19 (3), 319-322. DOI: 10.1080/10401330701366812.
- Slota, M.C. (2013). Psychosocial Aspects of Pediatric Critical Care. In: Hazinski, M. F. *Nursing Care of The Critically Ill Child*. (3ª ed.) (Cap. 2, pp. 19-49). United States of America: Elsevier Mosby.
- Sousa, P. C. M. M. (2012). *O exercício parental durante a hospitalização do filho: Intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados*. Tese de Doutoramento em enfermagem. Disponível no RCAAP. <http://hdl.handle.net/10400.14/13972>.
- Stickney, C. A., Ziniel, S. I., Brett, M. S. & Truog, R. D. (2014). Family Participation during Intensive Care Unit Rounds: Goals and Expectations of Parents and Health Care Providers in a Tertiary Pediatric Intensive Care Unit. *J Pediatr*, 165, 1245-1251. Acedido em 17/11/2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2014.08.001>
- Sturdivant, L. & Warren, N. A. (2009). Perceived met and unmet needs of family members of patients in the pediatric intensive care unit. *Crit Care Nurs Q.*, 32 (2), 149-158. DOI: 10.1097/CNQ.0b013e3181a27f6d.
- Suhonen, R., Välimäki, M., & Leino-Kilpi, H. (2008). A review of outcomes of individualised nursing interventions on adult patients. *J Clin Nurs*, 17, 843–860. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2007.01979.
- United Nations International Children's Emergency Fund - UNICEF (1990). *A Convenção sobre os Direitos da Criança*. Adoptada pela Assembleia Geral nas Nações Unidas em 20 de Novembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de Setembro de 1990.
- Watson, J. (2002). *ENFERMAGEM: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.

- Wheeler, H. J. (2005). The importance of parental support when caring for the acutely ill child. *Nursing in Critical Care*, 10 (2), 56-62. DOI: 10.1111/j.1362-1017.2005.00106.x.
- Wilson, D. (2014). Cuidados ao lactente, centrados na família. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *WONG, Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed.) (Vol. I, Cap. 4, pp. 491-552). Loures: Lusociência.
- World Health Organization (2016). *Updated guideline: paediatric emergency triage, assessment and treatment*. Geneva: World Health Organization.

ANEXOS

Anexo 1 - Comprovativo de participação na II Reunião de Enfermagem de Cuidados Intensivos Pediátricos com a comunicação livre: “Necessidades de informação da família da criança hospitalizada em situação crítica: protocolo de revisão scoping”

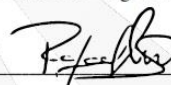
CERTIFICADO

Enf^a Ana Guerreiro

Obteve o primeiro prémio da **II Reunião de Enfermagem em Cuidados Intensivos Pediátricos** com a apresentação em Comunicação Livre do tema: "Necessidades de Informação da Família da Criança Hospitalizada em Situação Crítica: Protocolo de Revisão *Scoping*", em Lisboa, a 24 de novembro de 2017.



A Comissão Organizadora:



CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE

HOSPITAL DE
SANTAMARIA

HOSPITAL
Paulo Valente

APÊNDICES

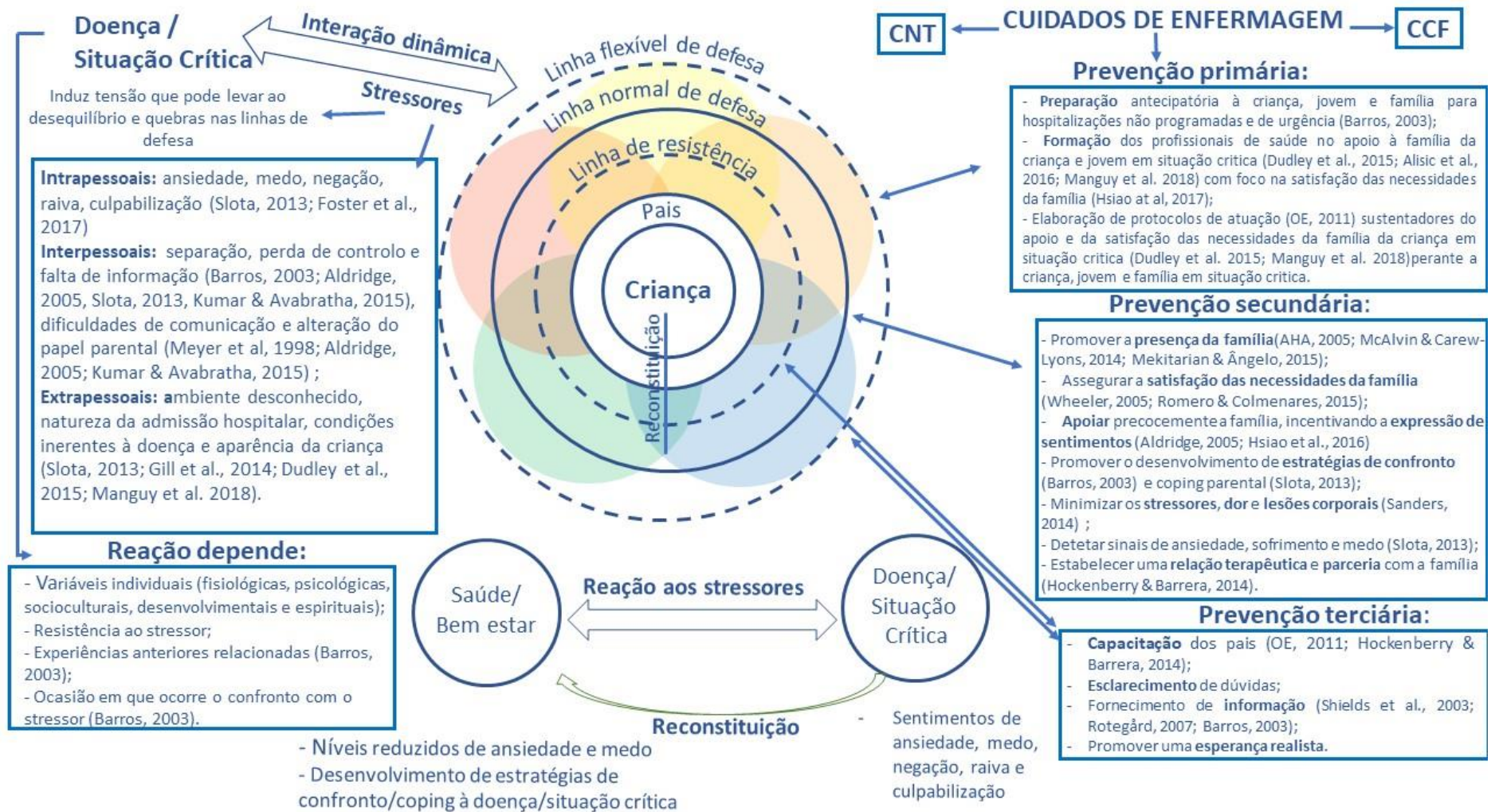
Apêndice 1 - Cronograma dos estágios

Cronograma dos estágios

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (3º Semestre)	ANOS	2017														2018																
	MESES	Setembro	Outubro					Novembro				Dezembro					Janeiro				Fevereiro											
	DIAS	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27	4	11	18	25	1	8	15	22	29	5	12	19	26								
SERVIÇOS	29	6	13	20	27	3	10	17	24	01	8	15	22	30	5	12	19	26	2	9	16	23	2									
Internamento de Pediatria															Férias de Natal																	
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais																																
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos																																
Serviço de Urgência Pediátrica																																
Unidade de Urgência Pediátrica (contexto de trabalho)																																
Cuidados de Saúde Primários: Unidade de Saúde Familiar																																
Elaboração e Apresentação do Relatório																																

Apêndice 2 - Cuidar a família da criança e jovem em situação crítica à luz do modelo de sistemas de Betty Neuman

Cuidar a família da criança e jovem em situação crítica à luz do modelo de sistemas de Betty Neuman



Apêndice 3 - Necessidades da família da criança e do jovem em situação crítica

Necessidades da família da criança e jovem em situação crítica

Necessidades da família da criança e jovem em situação crítica

(Redley, Levasseur, Peters & Bethune, 2003; Sturdivant & Warren, 2009; Butler, Copnell & Willetts, 2013; Romero & Colmenares, 2015; Hsiao, Redley, Hsiao, Lin, Han & Lin, 2017)

- **Comunicação / Informação**

- Conhecer a doença, o motivo da hospitalização, o tratamento, os exames e o prognóstico;
- Compreender o motivo para a realização de procedimentos;
- Ter respostas honestas às suas perguntas;
- Conhecer o ambiente, os equipamentos envolventes e as rotinas hospitalares;
- Compreender as respostas comportamentais e emocionais da criança à hospitalização;
- Saber como apoiar o seu filho;
- Saber os seus direitos financeiros;
- Conhecer os profissionais de referência.

- **Presença / Proximidade**

- Poder estar presente com a criança sem limitações, se este for o seu desejo;
- Poder ficar com a criança durante procedimentos;
- Ter um profissional de saúde que possa apoiar a sua presença em situações de maior complexidade.

- **Participação nos cuidados / Exercer o seu papel parental**

- Saber que a criança está confortável;
- Participar nos cuidados prestados à criança se esse for o seu desejo;
- Sentir que estão a ser prestados os melhores cuidados à criança;
- Sentir que a equipa multidisciplinar se preocupa com a criança e família.

- **Apoio**

- Fornecimento de informações sobre o ambiente e rotinas hospitalares;
- Haver abertura e disponibilidade para a família falar sobre os seus sentimentos;
- Haver a possibilidade da presença de amigos e outros familiares;
- Ter ajuda com problemas financeiros;
- Ter a presença de um capelão com vista à satisfação das suas necessidades espirituais;
- Ter ajuda na vivência da morte e no luto.

- **Segurança / Confiança**

- Ter informações honestas e semelhantes por parte da equipa multidisciplinar;
- Ter a perceção de que estão a ser prestados os melhores cuidados à criança;
- Compreender as informações fornecidas;
- Sentir preocupação por parte dos profissionais de saúde com os seus sentimentos;
- Ter informações sobre a progressão clínica da criança.

- **Conforto**

- Ter comida e bebida disponíveis;
- Ter um lugar para descansar;
- Ter presente alguém significativo (amigo, familiar...).

ABREVIATURAS:

AHA - American Heart Association

CCF- Cuidados Centrados na Família

ERC- European Resuscitation Council

SUP- Serviço de Urgência Pediátrica

- **Comunicação / Informação:**

A comunicação eficaz revela-se como um elo importante no processo de cuidados e como uma das necessidades mais realçadas pela família da pessoa criticamente doente (Hsiao et al., 2017). A comunicação, na diversa evidência consultada, está intimamente relacionada com a informação que se constitui como uma componente essencial para uma abordagem alicerçada na filosofia de CCF (Institute for Patient and Family Centered Care - IFPCC, 2017). Os processos de comunicação ineficaz desenvolvem na família sentimentos de ansiedade, solidão, tristeza e medo (Romero & Colmenares, 2015), tornando-se extremamente valioso o fornecimento de informações, claras e oportunas, com vista ao desenvolvimento de sentimentos de segurança e confiança. Contudo, o stress dos pais, relacionado com a admissão hospitalar de um filho gravemente doente, pode influenciar a partilha de informações sobre a situação e a compreensão das informações fornecidas pelos profissionais de saúde (Béranger, Pierron, Blanquat, Jean & Chappuy, 2017). Neste sentido, os enfermeiros desempenham uma função primordial, pelas competências inerentes ao seu exercício profissional, no que concerne à identificação das necessidades da família, mobilização de estratégias de comunicação adequadas e integração da família nos cuidados prestados (Béranger et al., 2017).

Com a admissão hospitalar da criança e jovem em situação crítica, o fornecimento de informação à família pode ser adiado devido à gravidade do estado de saúde da criança e à falta de disponibilidade dos profissionais de saúde que focam a sua intervenção em cuidados avançados para manutenção e estabilização da condição clínica da criança (Béranger et al., 2017). Contudo, importa que o enfermeiro tenha a perceção das principais necessidades de informação da família com vista a melhor adequar a sua intervenção (Butler et al., 2013), uma vez que a informação se constitui como um direito da criança salvaguardado, no ponto quatro, da Carta da

Criança Hospitalizada (1988): “a criança e os pais têm direito a receber informações sobre a doença e os tratamentos, adequada à idade e à compreensão a fim de poderem participar nas decisões que lhes dizem respeito”. Além disso, é igualmente um dever inerente ao exercício profissional do enfermeiro, previsto no artigo 84º do Código Deontológico (Ordem dos Enfermeiros - OE, 2015b).

As informações que os pais necessitam de receber, estão relacionadas com a doença, o tratamento, os exames, o prognóstico e o motivo da hospitalização (Shields, Kristensson-Hallström & O’Callaghan, 2003; Jorge, 2004; Latour, Hazelzet, Duivenvoorden & Van Goudoever; Sturdivant & Warren, 2009; Romero & Colmenares, 2015). A receção de informações sobre as respostas comportamentais e emocionais da criança à sua doença e hospitalização, a forma de apoiar o seu filho, as rotinas e o ambiente hospitalar, os profissionais de referência (Jorge, 2004; Rotegård, 2007) e os direitos financeiros (Sturdivant & Warren, 2009; Bragadóttir, 1999), são também destacadas pelos pais.

A quantidade e a qualidade das informações deve ser adaptada às necessidades dos pais e fornecidas no momento certo (Rotegård, 2007; Sabatés & Borba, 2005), considerando Jorge (2004) que “transmitir adequadamente informações sobre a criança, implica uma avaliação do estado emocional dos pais, do seu nível de compreensão, nível cultural e desejo de receber informação” (Jorge, 2004, p. 74). As informações transmitidas de forma clara, orientada, completa, no momento oportuno, promovem a participação da família nos cuidados e na tomada de decisão (Jorge, 2004) e conduzem a uma maior satisfação da família com os cuidados prestados (Romero & Colmenares, 2015).

- **Presença / proximidade:**

A presença da família é um direito da criança hospitalizada que deve ser salvaguardado em todos os contextos da prática de cuidados (Carta da Criança Hospitalizada, 2008; European Association for Children in Hospital - EACH, 2009; Diário da República, 2014). As organizações internacionais, como a *American Heart Association* (AHA) (2005) e o *European Resuscitation Council* (ERC) (2010) recomendam inclusivamente um modelo de cuidados que assente na promoção da presença da família durante os procedimentos invasivos e de ressuscitação

cardiorrespiratória na sala de reanimação. Um dos aspetos que contribuiu para a promoção da presença da família em contextos de reanimação cardiorrespiratória foi essencialmente a mudança de paradigma e dos modelos de cuidados assentes numa filosofia de CCF (Gooding, Pierce & Flaherty, 2012). Nos serviços de urgência pediátrica (SUP), é geralmente dada a escolha à família de estar presente ou não, contudo, a maioria das famílias opta por estar presente e disponível enquanto a ser prestados cuidados de suporte básico e avançado de vida (“life saving”) à criança (Hsiao et al., 2017; Jabre et al., 2014; Pasek & Licata, 2016). A evidência é consensual relativamente aos benefícios emocionais e psicológicos da presença da família em situações de ressuscitação, se for opção da mesma (Butler et al., 2013; Jabre et al., 2014; McAlvin & Carew-Lyons, 2014). Todavia, a presença dos pais em sala de reanimação é permitida e desejável, desde que haja um membro da equipa disponível para apoiar e explicar o processo (Maconochie et al., 2015).

- **Participação nos cuidados / Exercer o seu papel parental:**

Os pais desejam manter o seu papel parental, com necessidade de participar na prestação de cuidados quotidianos ao filho e integração no planeamento de cuidados assim como nas tomadas de decisão em relação ao tratamento. A admissão de emergência deve não deve colocar a família para segundo plano mas integrar, envolver e informar a mesma (Béranger et al., 2017). Os enfermeiros devem incentivar a família a participar dos cuidados e partilhar precocemente os pontos fulcrais do tratamento com os membros da família, por esta ser uma intervenção promotora da satisfação das suas necessidades (Hsiao et al., 2017). Para os pais é essencial saber e conhecer o seu papel no hospital, nomeadamente o que a equipa multidisciplinar espera de si (Andrade et al., 2015). O facto de permanecerem junto da criança e de participar nos cuidados, mesmo em situações mais complexas e de maior instabilidade, promove nos pais os sentimentos de segurança, confiança e controlo da situação (Andrade et al., 2015).

- **Apoio:**

Os enfermeiros devem ouvir a família, compreender suas preocupações e avaliar as suas necessidades logo desde a admissão hospitalar, com vista a desenvolver o

mais antecipadamente possíveis intervenções de apoio que visem a sua satisfação (Hsiao et al., 2017). As necessidades de apoio relacionam-se com o fornecimento de informações precoces que visem minimizar os sentimentos de incerteza e medo inerentes à hospitalização de uma criança e jovem em situação crítica e promover os mecanismos de adaptação a esta alteração da condição súbita (Romero & Colmenares, 2015). Outras necessidades relacionadas com o apoio, manifestadas pela família relacionam-se com a abertura e disponibilidade para a família falar sobre os seus sentimentos negativos como culpa ou raiva; promover a possibilidade da presença de amigos e outros familiares; ter ajuda com problemas financeiros; ter a presença de um capelão com vista à satisfação das suas necessidades espirituais; e ter ajuda na vivência da morte e no luto (Sturdivant & Warren, 2009; Romero & Colmenares, 2015; Hsiao et al., 2017). Os enfermeiros deverão apoiar a família da criança e jovem em situação crítica, escutando, estabelecendo uma relação e referenciando para outros profissionais de saúde se necessário (assistentes sociais, psicólogos, entre outros) (Sturdivant & Warren, 2009; Andrade et al., 2015).

- **Segurança / Confiança:**

A família necessita de sentir confiança nos profissionais que prestam cuidados à criança em situação crítica. Neste sentido, as informações honestas e semelhantes por parte da equipa multidisciplinar é fundamental para o desenvolvimento de confiança e segurança nos cuidados prestados à criança (Andrade et al., 2015; Romero & Colmenares, 2015). De entre os vários aspetos inerentes a esta necessidade, destacam-se alguns dos identificados por Sturdivant & Warren (2009) nomeadamente a perceção de que estão a ser prestados os melhores cuidados, sentir preocupação por parte dos profissionais de saúde com os seus sentimentos, ter informações sobre a progressão clínica da criança e compreender as mesmas.

- **Conforto:**

As necessidades de conforto estão relacionadas com as condições hospitalares na promoção do conforto e satisfação de algumas das necessidades humanas básicas (alimentação, condições para cuidados de higiene e para descanso, entre outras) (Sturdivant & Warren, 2009; Andrade et al., 2015; Romero & Colmenares, 2015).

Contudo, esta necessidade é colocada por vezes para segundo plano numa fase inicial, pelo facto da família apresentar uma maior preocupação com o bem estar da criança hospitalizada em detrimento do seu próprio (Romero & Colmenares, 2015). Leske (1986 cit por Redley et al., 2003) realçou a importância do conforto no alívio da angústia ou do sofrimento da família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Heart Association (2005). Part 2: Ethical issues. *Circulation*. 112, IV6-10.
Acedido a: 01/04/2017. Disponível em <http://circ.ahajournals.org/>.
- Andrade, R. C., Marques, A. R., Leite A.C.A.B., Martimiano, R. R., Santos, B. D., Pan, R.... Nascimento, L. C. (2015). Necessidades dos pais de crianças hospitalizadas evidências para o cuidado. *Rev. Eletr. Enfermeira*, 17 (2), 379-394. Acedido em 12/02/2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i2.30041>.
- Béranger, A., Pierron, C., Blanquat, L. S., Jean, S. & Chappuy, H. (2017). Communication, informations et place des parents en réanimation polyvalente pédiatrique: revue de la littérature. *Archives de Pédiatrie*, 24 (3), 265-272. Acedido em 15/12/2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2016.12.00>.
- Bragadóttir, H. (1999). A descriptive study of the extent to which self-perceived needs of parents are met in paediatric units in Iceland. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 13 (13), 201–207. DOI: 10.1111/j.1471-6712.1999.tb00540.x
- Butler, A., Copnell, B. & Willetts, G. (2013). Family-centred care in the paediatric intensive care unit: an integrative review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 2086–2100. DOI: 10.1111/jocn.12498.
- European Association for Children in Hospital – EACH (2009). *Carta da Criança Hospitalizada (Anotações)*. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.
- European Resuscitation Council (2010). *Suporte de Vida Pediátrico Europeu - Recomendações ERC 2010*. Bélgica: European Resuscitation Council.

- Gooding, T., Pierce, B. & Flaherty, K. (2012). Partnering With Family Members to Improve the Intensive Care Unit Experience. *Crit Care Nurs Q*, 35 (3), 216–222. DOI: 10.1097/CNQ.0b013e318260696a.
- Hsiao, P. R., Redley, B., Hsiao, Y.C., Lin, C.C., Han, C.Y. & Lin, H. R. (2017). Family needs of critically ill patients in the emergency department. *Int Emerg Nurs*, 30, 3-8. DOI: 10.1016/j.ienj.2016.05.002.
- Institute for Patient and Family Centered Care (2017). *Advancing the practice of patient and family centered care in hospitals*. Bethesda: IPFCC. Acedido em 05/05/2017. Disponível em: http://www.ipfcc.org/resources/getting_started.pdf.
- Instituto de Apoio à Criança (2008). *Carta da Criança Hospitalizada*. 4ª Edição. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.
- Jabre, P., Tazarourte, K., Azoulay, E., Borron, S.W., Belpomme, V., Jacob, L. ... Adnet, F. (2014). Offering the opportunity for family to be present during cardiopulmonary resuscitation: 1-year assessment. *Intensive Care Med*, 40, 981–987. DOI: 10.1007/s00134-014-3337-1.
- Jorge, A. M. (2004). *FAMÍLIA E HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA – (Re) Pensar o Cuidar em Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Latour, J. M., Hazelzet, J., Duivenvoorden, H. J. & Van Goudoever, J. B. (2009). Construction of a parent satisfaction instrument: Perceptions of pediatric intensive care nurses and physicians. *Journal of Critical Care*, 24, 255–266. DOI: 10.1016/j.jcrc.2008.06.002.
- Lei n.º 15/2014 de 21 de Março (2014). Lei Consolidando a Legislação em Matéria de Direitos e Deveres do Utente dos Serviços de Saúde. *Diário da República*. 1ª Série, Nº 57 (21-03-2014), 2127-2131.
- Maconochiea, I. K., Bingham, R., Eichc, C., Lopez-Herced, J., Rodriguez-Núñez, A., Rajkaf, T., ... Biarenti, D. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Section 6. Paediatric life support. *Resuscitation*. 95, 223–248. Acedido em 19/02/2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.028>

- McAlvin, S.S. & Carew-Lyons A. (2014). Family presence during resuscitation and invasive procedures in pediatric critical care: a systematic review. *Am J Crit Care*, 23, 477- 485. DOI: 10.4037/ajcc2014922.
- Ordem dos Enfermeiros – Conselho Jurisdicional (2015b). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.
- Pasek, T. A. & Licata, J. (2016). Parent Advocacy Group for Events of Resuscitation. *CriticalCareNurse*, 6 (3), 58-64. DOI: 10.4037/ccn2016759.
- Redley, B., Levasseur, S. A., Peters, G. & Bethune, E. (2003). Familie’s needs in emergency departments: instrument development. *Journal of Advanced Nursing*, 43 (6), 606–615. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2003.02759.x.
- Romero, H. R. A. & Colmenares, S. M. R. (2015). Necesidades percibidas de atención por niños, cuidadores y enfermeros durante la hospitalización en una unidad de cuidado intensivo. *Investig Enferm. Imagen Desarr*, 17 (1), 113-130. DOI: 10.11144/Javeriana.IE17-1.npan.
- Rotegård, A. K. (2007). Children in an isolation unit - Parent’s informational needs. *Nursing Science*, 27 (4), 32–37. Acedido em: 17/11/2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/010740830702700407>.
- Sabatés, A. L. & Borba, R. I. H. (2005). As informações recebidas pelos pais durante a hospitalização do filho. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13 (6), 968–973. Acedido em 17/11/2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000600008>.
- Shields, L., Kristensson-Hallström, I. & O’Callaghan, M. (2003). An examination of the needs of parents of hospitalized children: Comparing parents’ and staff’s perceptions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17 (2), 176–184. DOI: 10.1046/j.1471-6712.2003.00215.x.
- Sturdivant, L. & Warren, N. A. (2009). Perceived met and unmet needs of family members of patients in the pediatric intensive care unit. *Crit Care Nurs Q.*, 32 (2), 149-158. DOI: 10.1097/CNQ.0b013e3181a27f6d.

Apêndice 4 - Objetivos e atividades de estágio - Guia Orientador



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DE LISBOA**

8º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

2º Ano - 1º Semestre

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Objetivos e atividades de estágio - Guia orientador -

Ana Maria Jacinto Guerreiro

Docente Orientador: Professora Doutora Maria Teresa Magão

Lisboa

Setembro de 2017 a Fevereiro de 2018

LISTA DE ABREVIATURAS

CCF- Cuidados Centrados na Família

CNT- Cuidados Não Traumáticos

EE- Enfermeiro Especialista

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

OE- Ordem dos Enfermeiros

RN- Recém-nascido

SUP- Serviços de Urgência Pediátrica

UCIP- Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

USF- Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	4
1. COMPETÊNCIAS, OBJETIVOS E ATIVIDADES A DESENVOLVER.....	9
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	15

INTRODUÇÃO

A elaboração do documento orientador com os objetivos e atividades a desenvolver nos estágios, surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório do 8º Curso de Mestrado de Especialização em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Este guia orientador visa enquadrar a temática do projeto e descrever as competências, objetivos e atividades a desenvolver nos diferentes campos de estágio.

A realização dos estágios nos diferentes contextos de prática tem como finalidade o desenvolvimento de competências comuns (Ordem dos Enfermeiros – OE, 2010b) e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ) (OE, 2010a) nas diversas dimensões do exercício profissional e de competências relacionadas com o grau de mestre (Decreto-Lei n.º74/2006), tendo por base um projeto desenvolvido anteriormente. A principal **finalidade** deste projeto será **contribuir para a promoção dos Cuidados Centrados na Família (CCF) com enfoque nas necessidades da família da criança e jovem em situação crítica.**

A hospitalização constitui-se como uma experiência difícil e complexa (Sanders, 2014), assustadora, fonte de stress e ansiedade para a criança e jovem, bem como potencialmente perturbadora para o seu bem-estar e desenvolvimento, nomeadamente em situações de urgência (Barros, 2003) e de elevada gravidade clínica (Slota, 2013). A compreensão das respostas, experiência de doença, necessidades e prioridades da criança, jovem e família perante a hospitalização é essencial para o desenvolvimento de uma parceria de cuidados, que se constitui como um elemento central da filosofia de CCF (Ferreira, Melo, Reis & Mello, 2010; Ball, Bindler & Cowen, 2014) e para a implementação de intervenções que sejam facilitadoras da vivência do processo de hospitalização, enquanto oportunidade de desenvolvimento e aprendizagem e não como algo negativo e traumático (Barros, 2003).

As necessidades da família diferem em relação ao contexto (Andrade et al., 2015), revelando-se a perceção da unicidade de cada família e as suas diferentes necessidades (Orloff & Jones, 2011) como uma vertente integrante dos cuidados de enfermagem. Desta forma, torna-se fundamental que os enfermeiros realizem o

diagnóstico das necessidades da família, que deverá constituir o primeiro passo para o processo de cuidados e para a adequação do mesmo (International Council of Nurses - ICN, 2011), assegurem a sua satisfação e sejam detentores de conhecimento que os capacite no desenvolvimento e implementação de intervenções, baseadas na parceria, negociação e fornecimento de informações (Hockenberry & Barrera, 2014). Nos contextos de elevada complexidade, o diagnóstico e a satisfação das necessidades da família devem ser asseguradas simultaneamente com a estabilização fisiológica e o apoio à criança e ao jovem (Wheeler, 2005).

A escolha dos diferentes locais de prática para realização dos estágios, assenta em algumas características e especificidades que passo a referir seguidamente:

- Unidade de Internamento de Pediatria

A escolha da unidade de internamento de pediatria relaciona-se com o facto de ser um serviço onde são internadas crianças e jovens com diversos diagnósticos médicos e cirúrgicos, com uma vasta diversidade cultural, dentro da instituição onde exerço funções. Esta experiência poderá ser essencial para melhor perceber a dinâmica de prestação de cuidados de enfermagem numa vertente de continuidade e articulação entre os serviços, nomeadamente em relação ao desenvolvimento de competências de promoção da adaptação e acompanhamento da criança, jovem e família à doença aguda e crónica numa vertente de humanização de cuidados, assente na filosofia de CCF e de Cuidados Não Traumáticos (CNT).

- Serviço de Neonatologia

A escolha deste serviço de Neonatologia emergiu do facto de ser um contexto de excelência para o desenvolvimento de competências relacionadas com os processos de vinculação, transição para a parentalidade e cuidados de enfermagem promotores do CCF e da parceria com a família. Além disso, a complexidade de cuidados decorrente da condição do recém-nascido (RN) pré termo, poderá constituir-se como um importante contributo para a identificação e análise de práticas de enfermagem na satisfação das necessidades da família do RN prematuro em situação crítica.

- Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

A escolha do estágio nesta Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) decorre do facto de, para além de ser uma referência a nível nacional na prestação de cuidados à criança e jovem em situação crítica, este ser um local de estágio que poderá potenciar o desenvolvimento das minhas competências, enquanto futura

EEESCJ, em contexto de elevada complexidade. Esta experiência poderá igualmente promover a reflexão sobre os CCF à criança e jovem em situação crítica numa UCIP, nomeadamente no que concerne à presença da família e ao desenvolvimento de cuidados de enfermagem sensíveis às suas necessidades e sentimentos, que serão fundamentais para o desenvolvimento do projeto anteriormente delineado. Tal como foi possível observar em diversa evidência consultada (Noyes, 1999; Wheeler, 2005; Romero & Colmenares, 2015) este é um contexto do qual emergem muitos dos estudos relacionados com as necessidades da família da criança e jovem em situação crítica.

- Serviço de Urgência Pediátrica

A escolha do estágio neste serviço de urgência pediátrica (SUP) relaciona-se com o facto de se pretender observar a realidade de um serviço com características semelhantes aquele onde exerço funções. A observação deste contexto será fundamental para refletir sobre as suas dinâmicas e práticas de cuidados de enfermagem, comparando-as com a realidade do meu serviço e com a prática decorrente da minha experiência profissional, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados no local onde exerço funções. Por ser tratar de um serviço onde não é possível dar resposta a alguns cuidados de maior diferenciação e complexidade, como sejam as situações de politraumatizados e emergências neurocirúrgicas, as crianças e jovens podem ter necessidade de transferência para outras instituições. Esta realidade poderá contribuir para obter alguma experiência relacionada com o transporte inter-hospitalar, realidade cada vez mais frequente também no contexto onde exerço funções e para desenvolver competências na preparação da criança, jovem e família nestas situações, com vista à minimização dos stressores e sentimentos adversos. Neste serviço, espero igualmente poder observar cuidados de enfermagem especializados no que concerne à promoção dos CCF à criança, jovem e família em situação crítica, com foco na satisfação das necessidades da família.

- Unidade de Urgência Pediátrica

O estágio nesta Unidade de Urgência Pediátrica (UUP), onde exerço funções, será determinante para a melhoria da prática de cuidados à criança, jovem e família em situação crítica com enfoque nas necessidades da família, para os quais serão fundamentais todos os contributos, aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências decorrentes dos contextos de estágio anteriores. Desta forma, será

importante perceber a realidade do serviço relativamente à presença da família da criança e jovem em situação crítica, nomeadamente na sala de reanimação, e o apoio fornecido pelos enfermeiros à mesma, para melhor sustentar e fundamentar intervenções de enfermagem a este nível. Neste seguimento, pretender-se-á analisar os registos de enfermagem na sala de reanimação no sentido de contextualizar e fundamentar o problema inerente a este projeto na UUP. A contextualização e a auscultação dos EEESCJ serão essenciais para o desenvolvimento de atividades dirigidas à equipa de enfermagem relativamente ao cuidar à criança, jovem e família em situação crítica, no que concerne à satisfação das necessidades da família. As atividades a serem desenvolvidas no decorrer deste estágio, visarão contribuir para a melhoria da qualidade da prática de cuidados de enfermagem através da promoção de CCF na UUP, valorizadores da presença da família, da parceria, da cooperação e da colaboração nos cuidados, que tenha por base o reconhecimento das suas necessidades, preocupações e sentimentos.

- Unidade de Saúde Familiar

A escolha desta Unidade de Saúde Familiar (USF) decorre do facto da mesma se encontrar inserida na área de abrangência do hospital onde exerço funções pelo que poderá ser um importante contributo para o desenvolvimento de cuidados de enfermagem à criança, jovem e família em contexto de promoção da saúde numa vertente de continuidade de cuidados e de competências relativas à avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil nas diversas faixas etárias.

Tendo em consideração que este projeto se insere numa perspetiva de desenvolvimento de competências de EEESCJ, torna-se determinante adquirir as competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista (EE). Desta forma, foi essencial a realização de um autodiagnóstico prévio baseado no regulamento de competências comuns de EE (OE, 2010b) e específicas de EEESCJ (OE, 2010a), tendo estabelecido como prioritárias as seguintes competências para os diversos locais de estágio:

- Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

B2.2- Planeia programas de melhoria contínua;

B2.3- Lidera programas de melhoria.

D2.1- Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade.

D2.2. Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade

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

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.

E3.1- Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil;

E3.2 – Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais;

E3.3- Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.

1. COMPETÊNCIAS, OBJETIVOS E ATIVIDADES A DESENVOLVER

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Competência B2 - Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.

B2.2- Planeia programas de melhoria contínua;

B2.3- Lidera programas de melhoria.

Competência D2- Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

D2.1- Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade.

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

Competência E1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.

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.

Competência E3- Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

E3.1- Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil;

E3.2 – Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém nascido (RN) doente ou com necessidades especiais.

E3.3- Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.

Objetivo Geral: Desenvolver competências de enfermeiro especialista no cuidar à criança, jovem e família nos diferentes contextos de prática.

Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Recursos Utilizados	Indicadores de Avaliação	Local e Duração
1.1- Avaliar o desenvolvimento da criança e jovem nas diferentes faixas etárias;	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica sobre o desenvolvimento infantil no que concerne à sua promoção e avaliação; - Consulta dos instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil utilizados; - Identificação das estratégias utilizadas na avaliação do desenvolvimento infantil; - Análise das intervenções de enfermagem promotoras do desenvolvimento infantil; 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador portátil; - Internet; - Bibliografia diversa de acordo com a realidade do local de estágio; 	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento infantil; - Avalia o crescimento e desenvolvimento de pelo menos a um RN, latente, toddler, pré-escolar, escolar e adolescente; - Transmite orientações antecipatórias à família no sentido da maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil; 	Cuidados de Saúde na Comunidade (USF) de 15 de Janeiro de 2018 a 09 de Fevereiro de 2018

	<ul style="list-style-type: none"> - Participação na reunião da equipa local de intervenção precoce; - Prestação de cuidados de enfermagem especializados no que respeita à promoção e avaliação do desenvolvimento infantil nas diferentes faixas etárias; - Reflexão sobre a prática de cuidados de enfermagem na avaliação do desenvolvimento infantil. 	<ul style="list-style-type: none"> - Normas e protocolos do serviço; - Enfermeiros do local de estágio; - Docente Orientador. 	<ul style="list-style-type: none"> - Elabora uma síntese reflexiva das atividades observadas e desenvolvidas no contexto de prática. 	
1.2- Desenvolver capacidades de comunicação com a criança e jovem adequadas ao seu estágio de desenvolvimento;	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica sobre estratégias de comunicação eficazes de acordo com o estágio de desenvolvimento da criança e jovem; - Identificação das estratégias de comunicação utilizadas pelos EEESCJ com a criança e jovem nos diferentes estádios de desenvolvimento; - Estabelecimento de relação com a criança e jovem nos diferentes contextos de cuidados com foco na comunicação e no brincar; - Prestação de cuidados de enfermagem especializados com foco na comunicação com a criança, jovem e família; - Reflexão sobre as estratégias de comunicação mais adequadas a cada estágio de desenvolvimento e situação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador portátil; - Internet; - Bibliografia diversa de acordo com a realidade de cada local de estágio; - Enfermeiros dos diferentes locais de estágio; - Docente Orientador. 	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstra conhecimentos sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança, jovem e família; - Relaciona-se com a criança, jovem e família, mobilizando o brincar enquanto importante instrumento terapêutico; - Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estágio de desenvolvimento da criança e jovem; - Elabora uma síntese reflexiva das atividades observadas e desenvolvidas no contexto de internamento de pediatria. 	Todos os contextos de prática de 25 de Setembro de 2017 a 09 de Fevereiro de 2018
	<ul style="list-style-type: none"> - Preparação antecipatória para a importância da vacinação a crianças em idade pré escolar, mobilizando o brincar e estratégias de comunicação adequadas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Histórias; - Fantoches; - Casa de Fantoches. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza atividade de Educação para a Saúde, a grupo de crianças em idade pré-escolar, sobre a importância da para a vacinação no âmbito da saúde escolar; 	Cuidados de Saúde na Comunidade (USF) de 15 de Janeiro de 2018 a 09 de Fevereiro de 2018

<p>1.3- Analisar oportunidades de parceria na prestação de cuidados de enfermagem à criança, jovem e família.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica sobre a importância da parceria na promoção de CCF nos diferentes contextos de prática; - Identificação das oportunidades de parceria nos cuidados de enfermagem à criança, jovem e família nos diferentes contextos de prática; - Identificação das metodologias de organização dos cuidados de enfermagem na promoção da parceria com a criança, jovem e família; - Consulta de normas de procedimento existentes no serviço que sustentem o estabelecimento da parceria com a criança, jovem e família; - Auscultação dos EEESCJ sobre a parceria estabelecida com a criança, jovem e família; - Observação participante da prestação de cuidados e das estratégias utilizadas pelos EEESCJ para o estabelecimento da parceria com a criança, jovem e família; - Prestação de cuidados de enfermagem especializados com foco na parceria com a criança, jovem e família; - Reflexão sobre as estratégias mobilizadas pelos EEESCJ para o estabelecimento da parceria com a criança, jovem e família; - Prestação de cuidados de enfermagem especializados com foco na parceria com a criança, jovem e família; - Reflexão sobre as estratégias de promoção de parceria mobilizadas pelos EEESCJ para o estabelecimento da parceria com a criança, jovem e família. <p>- Elaboração de uma proposta de documento fundamentar e sistematizar o processo de acolhimento à criança, jovem e família com necessidade de internamento transitório na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Computador portátil; - Internet; - Bibliografia diversa de acordo com a realidade de cada local de estágio; - Enfermeiros dos diferentes locais de estágio; - Docente Orientador. 	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstra habilidades na procura sistemática de oportunidades de parceria com a criança, jovem e família; - Promove a participação da criança, jovem e família durante todo o processo de cuidar rumo à sua independência e bem-estar através de processos de capacitação, negociação e tomada de decisão partilhada; - Proporciona conhecimentos e habilidades específicas à criança, jovem e família no sentido do desenvolvimento da vinculação e de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença; - Elabora uma síntese reflexiva das atividades observadas e desenvolvidas nos diferentes contextos da prática. <p>- Contribui para o estabelecimento da parceria e melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, através da elaboração de uma proposta de documento sobre o acolhimento à criança, jovem e família com necessidade de internamento transitório na UCIP.</p>	<p>Todos os contextos de prática de 25 de Setembro de 2017 a 09 de Fevereiro de 2018</p> <p>Unidade de Internamento de Pediatria de 25 de Setembro a 20 de Outubro de 2017</p>
---	---	---	--	--

Competências Comuns do Enfermeiro EspecialistaCompetência D2- Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento

D2.1. Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade

D2.2. Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do JovemCompetência E1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.

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.

Objetivo Geral: Desenvolver competências de enfermeiro especialista à criança, jovem e família em situação crítica com foco nas necessidades da família.

Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Recursos Utilizados	Indicadores de Avaliação	Local e Duração
2.1- Analisar práticas de enfermagem na satisfação das necessidades da família da criança e jovem em situação crítica;	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de pesquisa bibliográfica sobre: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Importância da presença dos pais em contextos de elevada complexidade; ✓ Comportamentos, atitudes e reações da família da criança e jovem em situação crítica; ✓ Necessidades da família da criança e jovem em situação crítica, com foco nas necessidades de informação e de estar presente; ✓ Intervenções facilitadoras da satisfação das necessidades da família da criança e jovem em situação crítica (comunicação, relação de ajuda...); - Consulta de normas de procedimento existentes nos diferentes contextos de prática que sustentem a satisfação das necessidades da família da criança e jovem em situação crítica; - Auscultação dos EEESCJ sobre práticas de enfermagem promotoras da satisfação das necessidades da família da criança e jovem em situação crítica; - Observação participante da prestação de cuidados e das estratégias utilizadas pelos EEESCJ para a satisfação das necessidades da família da criança e jovem em situação crítica; 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador portátil; - Internet; - Bibliografia diversa de acordo com a realidade de cada local de estágio; - Bases de dados informáticas; - Normas e protocolos dos serviços; - Enfermeiros da UCIP; - Docente Orientador. 	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstra conhecimentos inerentes ao cuidar a criança, jovem e família em situação crítica; - Negoceia a participação da criança, jovem e família em todo o processo de cuidar, nomeadamente em situações de especial complexidade; - Estabelece parcerias com a criança, jovem e família - Demonstra habilidades no suporte e apoio à criança, jovem e família em situação crítica de acordo com as suas necessidades; - Elabora uma síntese reflexiva das atividades observadas e 	<ul style="list-style-type: none"> Serviço de Neonatologia 23 a 29 de Outubro de 2017 UCIP de 23 de Outubro de 2017 a 17 de Novembro de 2017 SUP de 20 de Novembro a 01 de Dezembro de 2017

	<ul style="list-style-type: none"> - Prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança, jovem e família em situação crítica; - Reflexão sobre a prática de cuidados de enfermagem na satisfação das necessidades da família da criança e jovem em situação crítica. 		desenvolvidas no contexto da UCIP.	UUP de 11 de Dezembro de 2017 a 12 de Janeiro de 2018
	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração de um jornal de aprendizagem sobre uma prática de cuidados de enfermagem à família da criança e jovem em situação crítica relacionada com a satisfação das suas necessidades; - Elaboração de um dossier temático sobre os CCF numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos; - Participação na II Reunião de Enfermagem em Cuidados Intensivos Pediátricos, organizada pela UCIPed do Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria. - Apresentação de uma comunicação livre intitulada “Necessidades de informação da família da criança hospitalizada em situação crítica: protocolo de revisão scoping” apresentada na II Reunião de Enfermagem em Cuidados Intensivos Pediátricos. 		<ul style="list-style-type: none"> - Contribui para a aprendizagem, reflexão de práticas baseadas na evidência através da elaboração de um dossier temático; - Demonstra capacidade de análise das práticas de cuidados de enfermagem na satisfação das necessidades da família da criança e jovem em situação crítica; 	UCIP de 23 de Outubro de 2017 a 17 de Novembro de 2017
	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração de um guião de observação sobre as intervenções de apoio à família da criança e jovem em situação crítica na sala de reanimação; - Elaboração de uma entrevista a um perito com vista a clarificar a implementação do projeto relacionado com a presença da família na sala de reanimação no SUP. 		<ul style="list-style-type: none"> - Contribui para o desenvolvimento de projetos de melhoria de qualidade, através da recolha de contributos sobre a presença e apoio à família da criança em situação crítica. 	SUP de 20 de Novembro a 01 de Dezembro de 2017

	<ul style="list-style-type: none"> - Auscultação da equipa de enfermagem relativamente às suas necessidades relativamente à intervenção perante a criança e o jovem em situação crítica, com foco na promoção do CCF e na satisfação das necessidades da família; - Realização de uma sessão formação sobre o “Cuidar a criança, o jovem e sua família em situação de reação anafilática à vacinação” dirigida à equipa multidisciplinar. 		<ul style="list-style-type: none"> - Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho, através do desenvolvimento de uma sessão de formação à equipa multidisciplinar sobre a intervenção perante a situação de anafilaxia após vacinação. 	<p>Cuidados de Saúde na Comunidade (USF) de 15 de Janeiro de 2018 a 09 de Fevereiro de 2018</p>
<p>2.2- Promover práticas de cuidados de enfermagem adequadas às necessidades da família da criança e jovem em situação crítica no contexto de urgência pediátrica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Análise dos registos efetuados na folha de “registo na reanimação” relativamente à presença da família e apoio fornecido à mesma, com vista à contextualização da problemática; - Desenvolvimento de sessão de análise de práticas com a equipa de enfermagem sobre o apoio à família da criança e jovem em situação crítica na sala de reanimação com foco na identificação e satisfação das necessidades da família; - Auscultação da equipa de enfermagem relativamente à promoção do CCF com foco na satisfação das necessidades da família da criança e jovem em situação crítica; - Revisão da norma de procedimento “Distribuição e atuação dos elementos numa situação de reanimação”; - Revisão da folha de registos de enfermagem na sala de reanimação no que refere à presença e apoio fornecido à família; - Elaboração de um contributo para um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem: “ Cuidados Centrados na Família da criança em situação crítica: apoio à família na sala de reanimação”. 	<ul style="list-style-type: none"> - Computador portátil; - Internet - Programas informáticos: word, excel e power point; - Enfermeiros do SUP; - Enfermeira Chefe do SUP; - Docente Orientador. 	<ul style="list-style-type: none"> - Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho, através do desenvolvimento de momentos de análise de práticas para os enfermeiros do SUP; - Contribui para o conhecimento novo e para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem através da elaboração de um documento sobre o apoio prestado à família da criança e jovem em situação crítica. 	<p>UUP de 04 de Dezembro de 2017 a 12 de Janeiro de 2018</p>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, R. C., Marques, A. R., Leite A.C.A.B., Martimiano, R. R., Santos, B. D., Pan, R.... Nascimento, L. C. (2015). Necessidades dos pais de crianças hospitalizadas evidências para o cuidado. *Rev. Eletr. Enf.* 17 (2), 379-394. Acedido em 12/02/2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i2.30041>.
- Ball, J., Bindler, R. & Cowen, K. (2014). *Child health nursing. Partnering with children and families*. (2ª ed.). Harlow: Pearson.
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica: perspectiva desenvolvimentalista*. (2ª ed). Lisboa: Climepsi.
- Decreto-Lei n.º74/2006 de 24 de março (2006). Procede à regulamentação das alterações introduzidas pela Lei de Bases do Sistema Educativo relativas ao novo modelo de organização do ensino superior no que respeita aos ciclos de estudos. *Diário da República*, I Série-A, N.º60 (24-03-2006), 2242-2257.
- Ferreira, P. L., Melo, E., Reis, G. & Mello, D. F. (2010). Validação e análise da precisão da versão em português do Needs of Parents Questionnaire. *Jornal de Pediatria*, 86 (3), 221-227. Acedido em: 12/02/2017. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572010000300010>.
- Hockenberry, M. & Barrera, P. (2014). Perspectivas de enfermagem pediátrica. In M. Hockenberry, D. Wilson (Eds). *WONG, Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed.) (Vol. I, cap.1. pp.1-20). Loures: Lusociência.
- International Council of Nurses (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE® versão 2*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Orloff, S. & Jones, B. (2011). Psychosocial Needs of the Child and Family. In: Carter, B. S., Levetown, M. & Friebert, S. E. (Eds). *Palliative care for infants, children, and adolescents: a practical handbook*. (2^a ed) (pp. 202-226). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em Situações de doença e hospitalização. In M. Hockenberry, D. Wilson (Eds). *WONG, Enfermagem da criança e do adolescente*. (9^a ed.) (Vol. II, Cap.26. pp.1025-1060). Loures: Lusociência.
- Slota, M. C. (2013). Psychosocial Aspects of Pediatric Critical Care. In. M.F. Hazinski. *Nursing Care of The Critically Ill Child*. (3^a ed.). (Cap. 2. pp. 19-49). United States of America: Elsevier Mosby.
- Wheeler, H. J. (2005). The importance of parental support when caring for the acutely ill child. *Nursing in Critical Care*, 10 (2), 56-62. DOI: 10.1111/j.1362-1017.2005.00106.x.

**Apêndice 5 – Síntese reflexiva das atividades desenvolvidas – Unidade de Urgência
Pediátrica**



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DE LISBOA**

8º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

2º Ano - 1º Semestre

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Síntese reflexiva das atividades desenvolvidas
Unidade de Urgência Pediátrica

Ana Maria Jacinto Guerreiro

Docente Orientador: Professora Doutora Maria Teresa Magão

LISBOA

Janeiro de 2018

LISTA DE ABREVIATURAS

CCF- Cuidados Centrados na Família

EE- Enfermeiro Especialista

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

RN- Recém-nascido

SUP- Serviço de Urgência Pediátrica

UICD – Unidade de Internamento de Curta Duração

UUP- Unidade de Urgência Pediátrica

OE- Ordem dos Enfermeiros

A Unidade de Urgência Pediátrica (UUP) onde decorreu este estágio pertence ao Serviço de Pediatria de um hospital dos arredores de Lisboa e admite todas as crianças em idade pediátrica que necessitem de cuidados urgentes ou emergentes na sequência de situações de doença súbita, agravamento da patologia preexistente ou acidentes de diversa ordem. A UUP é constituída fisicamente por uma área de assistência ao exterior, aberta e sem dependência de referenciação, o que propicia a inscrição e atendimento de um elevado número de casos, muitos dos quais sem necessidade de cuidados hospitalares urgentes, sendo aqui que se encontra a sala de reanimação destinada à prestação de cuidados à criança gravemente em situação crítica. Além disso tem uma valência internamento de curta duração, denominada de Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD), com 9 camas, para vigilância e orientação de situações que necessitem de avaliação mais demorada e/ou de tratamento em regime de internamento (Costa, Primo, Calhau, Rocha & Araújo, 2015).

O meu exercício profissional iniciou-se há 13 anos na UUP e é ainda hoje o contexto onde exerço funções. A equipa de enfermagem é composta pela enfermeira chefe e por 20 enfermeiros, dos quais 5 são Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ). A organização dos cuidados de enfermagem desenvolve-se de acordo com o método individual que assenta na distribuição de uma criança e sua família a um determinado enfermeiro por turno. Os estágios realizados anteriormente foram fundamentais para perceber a importância do enfermeiro de referência nas metodologias de organização dos cuidados de enfermagem e na promoção da parceria e dos Cuidados Centrados na Família (CCF). Contudo, os mesmos contribuíram igualmente para refletir que, em contextos como o serviço de Urgência Pediátrica (SUP), o mesmo não se revela tão adequado pelas suas características únicas, relacionadas com o ambiente, frequentemente instável, confuso, desprovido de relação prévia entre os profissionais de saúde e a criança, jovem e família (Gill et al., 2014; Dudley, Ackerman, Brown & Snow, 2015; Hsiao, Redley, Hsiao, Lin & Lin, 2017).

A realização deste estágio foi fundamental para a concretização do objetivo geral **“desenvolver competências de enfermeiro especialista à criança, jovem e família em situação crítica com foco nas necessidades da família”**, através dos seguintes objetivos específicos que se concretizaram pelo desenvolvimento de atividades previamente definidas no projeto e adequadas ao contexto da prática,

partindo da elaboração de um guia orientador dos objetivos e atividades do estágio. Os objetivos precederão, a descrição e enquadramento das atividades desenvolvidas no sentido da concretização dos mesmos e da aquisição de competências de Enfermeiro Especialista (EE) e de EEESCJ preconizadas para este estágio.

Objetivo Geral: Desenvolver competências de enfermeiro especialista à criança, jovem e família em situação crítica com foco nas necessidades da família.

Objetivo Específico: Analisar práticas de enfermagem na satisfação das necessidades da família da criança e jovem em situação crítica.

A pesquisa bibliográfica sobre a importância da compreensão e satisfação das necessidades da família da criança e jovem em situação crítica em contextos de grande complexidade de cuidados como é o caso dos SUP, foram fundamentais para identificar intervenções e estratégias promotoras de CCF. Além disso, a observação participante da prestação de cuidados dos EEESCJ e enfermeiros do serviço e a sua auscultação, foi facilitadora da minha reflexão e da identificação de estratégias e intervenções de enfermagem para a satisfação das necessidades da família da criança e jovem em situação crítica.

As características do contexto do SUP, relacionadas com a situação aguda e súbita, com o ambiente desconhecido e desprovido de relação prévia entre os profissionais de saúde e a criança, jovem e família, com a falta de compreensão das necessidades da família, com a natureza da admissão hospitalar e com uma elevada carga de trabalho, podem ser barreiras para que os enfermeiros se comprometam com uma filosofia de CCF (Gill et al., 2014; Dudley et al., 2015). Neste sentido, a inexistência de normas de procedimento ou outros documentos que sustentem a satisfação das necessidades da família da criança e jovem em situação crítica são reveladores de algumas destas dificuldades. Embora a prioridade se deva centrar ao nível de cuidados de manutenção das funções vitais, importa igualmente reconhecer as necessidades e apoiar as famílias das crianças e jovens admitidos no SUP. Uma intervenção eficaz a este nível (prevenção secundária) poderá contribuir para o bem-estar dos pais e consequentemente dos filhos, para minimizar as consequências negativas da hospitalização (Barros, 2004; Foster, Young, Mitchell, Van & Curtis, 2017) e para assegurar a estabilidade do sistema (Neuman, 2011) principalmente em situações de admissão de crianças gravemente doentes, por este se constituir como um momento de stress e ansiedade elevados (Alisic et al., 2016). Todavia, apesar

destes desafios, é possível alcançar a excelência dos cuidados através de uma filosofia de CCF num SUP que seja promotora da segurança, do conforto e da satisfação do paciente (Dudley et al., 2015). A presença da família 24h por dia e a promoção da sua presença na sala de reanimação são medidas na UUP promotoras de uma prestação de cuidados alicerçada nos modelos de CCF.

A compreensão das necessidades da família da criança e jovem em situação crítica constitui-se como uma medida fundamental para a promoção de CCF e para o desenvolvimento de intervenções de enfermagem de apoio mais adequadas e que visem diminuir o stress (Aldridge, 2005) em contextos de cuidados de complexidade como é o caso da admissão no SUP.

Pelo fato de me encontrar a desenvolver este estágio no meu contexto de trabalho, pela minha experiência profissional e pelos contributos decorrentes do processo de aquisição de competências anteriormente alcançados neste percurso, foi possível prestar cuidados de enfermagem especializados à criança, jovem e família em situação crítica com foco na satisfação das necessidades da família. Destaco a situação ocorrida com um Recém-Nascido (RN) com 24 dias de vida que havia sido internado na UICD por uma situação de bronquiolite com dificuldade respiratória e hipoxemia, cuja condição clínica foi agravando progressivamente, com necessidade de ventilação não invasiva. A meu ver, as competências de um nível de perícia, traduzidas pela ação alicerçada na compreensão profunda dos fenómenos (Benner, 2001), nortearam o meu olhar e a minha vivência neste contexto. Além disso, permitiram uma maior flexibilidade na prestação de cuidados de acordo com as necessidades da família, uma maior clareza no raciocínio clínico e nas tomadas de decisão e um maior espírito crítico sobre as práticas de cuidados observadas. Neste sentido, perante esta família foram desenvolvidas intervenções promotoras da vinculação e parceria, através do incentivo ao exercício do papel parental, clarificando comportamentos que a mãe poderia ter no sentido da aproximação, toque e conforto ao filho e identificação das suas principais necessidades com vista ao desenvolvimento de estratégias para satisfação das mesmas. Uma das necessidades identificadas relacionava-se com os cuidados a outro filho mais velho, com 6 anos de idade, que iria ter a festa de Natal nos dias seguintes ao internamento do irmão, o que estava a gerar na mãe alguma ansiedade porque não poderia estar presente nos dois locais.

A compreensão dos stressores e necessidades da família da criança e jovem em situação crítica são fundamentais para o desenvolvimento de intervenções de enfermagem de apoio mais adequadas e que visem diminuir o stress (Aldridge, 2005) em contextos de significativa complexidade de cuidados. Neuman (2011) reforça a importância de uma eficaz compreensão dos fatores fisiológicos, psicológicos, socio-culturais, espirituais tendo em consideração a sua influência na reação aos stressores inerentes a uma alteração súbita da condição da criança e tradutora de uma elevada gravidade clínica. Neste sentido, foi desenvolvida ajuda, identificação de estratégias de *coping* e mobilização de outros recursos familiares no sentido de poder assegurar que o filho internado tivesse alguém presente a seu lado e o filho saudável pudesse ter os pais a seu lado numa festa que tanto significado tinha para si. Estas intervenções de enfermagem de prevenção secundária (Neuman, 2011) foram essenciais para o fortalecimento das linhas internas de resistência e aumento da resistência do sistema, através do desenvolvimento de mecanismos de *coping* relacionados com a mobilização e identificação de recursos familiares facilitadores da vivência perante a identificação de um stressor na família.

A disponibilidade para escutar, estar por perto, esclarecer dúvidas e receios e questionar o modo como encarava a condição da filha, foram facilitadores do estabelecimento de uma relação de ajuda e para perceber a essência do papel do EEESCJ e do seu contributo diferenciado no apoio à família da criança gravemente doente. Tal como refere Sanders (2014, p. 1045) proporcionar apoio à família “envolve a disposição de estar presente e ouvir as mensagens verbais e não verbais dos pais”. A intervenção do EEESCJ no apoio à família pode realmente constituir-se como um elemento diferenciador na sua vivência e no desenvolvimento da sua confiança nos cuidados. Este episódio realça a importância de conhecer a criança, o jovem e a família, demonstrando como a compreensão das suas necessidades, nos permite compreender a sua singularidade e unicidade, conduzindo-nos a cuidar da mesma ao invés de prestar somente cuidados (Hesbeen, 2000). Na verdade, o sentido e a essência dos cuidados de enfermagem podem traduzir-se por manifestações da família como a frase extremamente gratificante que a mãe desta RN proferiu nomeadamente: “ Ainda bem que a enfermeira chegou... sinto mais confiança quando está presente!!” (sic).

Os enfermeiros devem efetivamente estar preparados para antecipar e satisfazer as necessidades das famílias que enfrentam crises emocionais súbitas ou imprevistas (Redley, Levasseur, Peters & Bethune, 2003). A proximidade, comunicação, informação, participação nos cuidados, apoio e conforto foram das necessidades identificadas, através da observação e reflexão sobre a prática, neste contexto de estágio e que vão de acordo com a diversa literatura consultada como das consideradas mais importantes para as famílias (Redley et al., 2003; Sturdivant & Warren, 2009; Buttler, Copnel & Willetts, 2013; Romero & Colmenares, 2015; Hsiao et al., 2017). A avaliação das necessidades da família deverá constituir o primeiro passo para o processo de cuidados (ICN, 2011), devendo ser da competência do enfermeiro a sua identificação, clarificação e o fornecimento de informações à família em simultâneo com a estabilização fisiológica da criança em situação crítica (Wheeler, 2005). O distanciamento e o ambiente do SUP, são referidos como elementos dificultadores do reconhecimento e da satisfação das necessidades da família (Hsiao et al., 2017). Todavia, a identificação das necessidades da família da criança e do jovem em situação crítica no SUP é essencial para o desenvolvimento de estratégias com vista ao estabelecimento de uma relação terapêutica de qualidade e de intervenções promotoras do desenvolvimento de mecanismos de *coping*, do fortalecimento das linhas de resistência e da proteção do sistema, que conduzirão à sua estabilidade e recuperação (Neuman, 2011).

Neste contexto foi possível ainda desenvolver competências relacionadas com a liderança no que concerne à ajuda e orientação a uma enfermeira, recentemente chegada à UUP, relativamente aos cuidados de enfermagem à criança sujeita ao método de ventilação na invasiva e à importância da preparação e apoio à família nestas situações. Na verdade, compete ao EE, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010b, p. 5) liderar “de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade” através do exercício do papel de consultor aquando da necessidade de cuidados de um nível de competência relacionado com a sua área de especialidade. Além disso, o EE deverá ter um papel na equipa de otimização do “processo de cuidados ao nível da tomada de decisão” (OE, 2010b, p. 8) através da disponibilização de ajuda e assessoria aos enfermeiros.

Este estágio foi uma oportunidade de excelência, para desenvolver competências de EE e EEESCJ, decorrente dos contributos de estágios anteriores e da minha experiência profissional, ao nível da prestação de cuidados especializados à criança e jovem em situação crítica e da reflexão sobre a importância da humanização dos cuidados através da filosofia de CCF com foco na compreensão e satisfação das necessidades da sua família.

Objetivo Geral: Desenvolver competências de enfermeiro especialista à criança, jovem e família em situação crítica com foco nas necessidades da família.

Objetivo Específico: Promover práticas de cuidados de enfermagem adequadas às necessidades da família da criança e jovem em situação crítica no contexto de urgência pediátrica.

A UUP desenvolve uma prestação de cuidados alicerçados nos CCF, todavia parece não haver uma sensibilização da equipa de enfermagem para a importância das práticas desenvolvidas. Tal situação poderá estar relacionada com as características do ambiente da SUP e à priorização de cuidados mais direcionados para a gestão de lesões e doenças. A presença da família da sala de reanimação representa uma das preocupações da equipa de enfermagem da UUP e, embora a sua presença em situações de gravidade e risco de vida da criança e jovem não seja consensual nas equipas de saúde (AHA, 2005; Mekitarian & Ângelo, 2015), esta é uma realidade neste contexto de prática, constituindo-se como uma das medidas promotoras de uma prestação de cuidados alicerçada nos modelos de CCF. Contudo, há uma necessidade de reflexão conjunta da equipa de enfermagem sobre esta temática e de dar visibilidade das boas práticas existentes no serviço. Além disso, parece ainda haver alguma dificuldade ao nível do apoio prestado à família nestes contextos e um certo distanciamento por parte dos profissionais, nomeadamente em situações de grande instabilidade fisiológica da criança e em situações cujo desfecho é a morte.

Desta forma, emerge a necessidade de refletir sobre a prática de cuidados relativa ao apoio fornecido à família da criança e jovem em situação crítica com vista à identificação de dificuldades na equipa de enfermagem e à definição de estratégias conducentes da humanização e da melhoria dos cuidados prestados às famílias nestes contextos, alicerçados numa filosofia de CCF. De acordo com Torrado da Silva (1996 cit. por IAC, 2009, p.1), a humanização caracteriza-se por “um estado de espírito

que implica conhecimentos e aptidões que moldam as atitudes e se traduzem numa prática diária atenta à satisfação das necessidades das crianças e das famílias”. Apesar de ser difícil a sua concretização em contextos como o SUP, a compreensão das necessidades da família da criança e jovem em situação crítica é fundamental para o desenvolvimento de intervenções de enfermagem de apoio mais adequadas e que visem diminuir o stress em contextos de cuidados de elevada complexidade como é o caso da admissão na sala de reanimação (Aldridge, 2005; Hsiao et al., 2017). A chegada de uma criança ou jovem ao SUP geralmente é súbita, sem aviso, e quando é comunicada antecipadamente, o tempo entre a mesma e a sua chegada é rápido, o que limita a preparação da sala de reanimação para a sua admissão. Assim, é essencial que a equipa esteja preparada para um envolvimento imediato com a família, através de uma avaliação e intervenção simultânea (Foster et al., 2017).

Na sala de reanimação existe um documento (folha de “registo de reanimação”) onde se realizam os registos de todos os cuidados prestados à criança e jovem em situação crítica na sala de reanimação. Este documento tem um campo de registo de enfermagem referente à presença da família e ao tipo de apoio que é efetuado à mesma na sala de reanimação. A análise efetuada ao referido documento, foi fulcral para contextualizar a problemática e fundamentar a sua pertinência para a equipa de enfermagem do serviço. A sessão de análise de práticas com a equipa de enfermagem, através da reflexão conjunta e da apresentação dos resultados relativos à presença e apoio prestados à família na sala de reanimação, promoveu a aquisição de conhecimento e a definição de estratégias com vista à melhoria da prática de cuidados de enfermagem relativa ao apoio prestado à família da criança e jovem em situação crítica, com enfoque na satisfação das necessidades da família. Na verdade, incumbe ao EEESCJ a responsabilidade de contribuir para a investigação, para o conhecimento novo e para a melhoria da eficácia e da qualidade dos cuidados de enfermagem através da promoção do desenvolvimento profissional e de práticas baseadas na evidência (OE, 2011a).

As principais estratégias identificadas relacionaram-se com a necessidade de continuar a desenvolver momentos de reflexão conjunta na equipa, de melhorar os registos efetuados na folha de reanimação, de desenvolver documentos sustentadores e norteadores das intervenções de enfermagem e de promover a formação da equipa no sentido de desenvolvimento de competências que melhorem

o apoio prestado à família da criança e jovem em situação crítica na sala de reanimação. Na verdade, importa incluir a família em todo o processo de cuidados desde a admissão, promovendo o seu envolvimento, apostar na formação dos profissionais de saúde e na investigação que possa fundamentar o desenvolvimento de práticas baseadas na evidência (PBE) que sejam promotoras de um modelo de cuidados alicerçado nos princípios dos CCF nos SUP (Dudley et al., 2015).

No contexto do SUP emerge a necessidade de sistematizar o apoio fornecido à família da criança e jovem em situação crítica baseada numa filosofia de CCF, de desenvolver protocolos de intervenção e de promover a formação dos enfermeiros sobre a importância do apoio à família nestas situações (Alisic et al., 2016, Foster et al., 2017). A lacuna na evidência e na prática ao nível do apoio à família da criança gravemente doente é significativa, devendo ser colmatada através da formação da equipa multidisciplinar com vista à melhoria da prestação de cuidados de apoio à família nestas situações (Alisic et al., 2016). A formação dos enfermeiros e o desenvolvimento de documentos que visem sistematizar a sua intervenção no apoio à família da criança e jovem em situação crítica com foco na satisfação das necessidades da família, poderá ser fundamental para a melhoria da qualidade dos cuidados, para uma maior eficácia dos mesmos e para uma maior satisfação do utente (Dudley et al., 2015; Béranger, Pierron, Blanquat, Jean & Chappuy, 2017; Khan et al., 2017). Neste sentido, foram desenvolvidas atividades neste estágio que visaram ir de encontro às necessidades identificadas na sessão de análise de práticas através da auscultação dos EEESCJ e enfermeiros do serviço. Estas atividades traduziram-se na elaboração de documentos que serão, numa fase *a posteriori* deste estágio, apresentados à equipa de enfermagem e implementados na UUP com a finalidade de contribuir para a promoção dos CCF à criança, jovem e família em situação crítica com enfoque na satisfação das necessidades da família.

Os processos de melhoria da qualidade emergem como uma necessidade cada vez mais presente nos contextos de prestação de cuidados de saúde em Portugal, constituindo-se o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (OE, 2011a) como um referencial essencial para a prática especializada de enfermagem que visa incentivar processos de reflexão sobre a qualidade do exercício profissional, sustentar a melhoria contínua da qualidade e garantir a excelência dos cuidados de enfermagem

prestados. A elaboração de um documento referente a um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem “Cuidados Centrados na Família da criança em situação crítica: apoio à família na sala de reanimação”, visou fornecer um contributo à equipa de enfermagem sobre as intervenções de apoio à família da criança e jovem em situação crítica na sala de reanimação com foco nas suas necessidades, cuja compreensão e satisfação se constituem como elementos essenciais na promoção de cuidados assentes na filosofia de CCF.

O Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem foi estruturado segundo as orientações da OE (2013) não tendo sido possível concluir a sua realização no decorrer do estágio mas que se pretende dar continuidade ao seu desenvolvimento, após discussão da sua pertinência e adequação com a chefia do serviço. A avaliação precoce das necessidades psicossociais da família é essencial uma vez que, a longo prazo, se não forem alvo de intervenção, poderão desenvolver trauma psicológico na mesma (Price, Kassam-Adams, Alderfer, Christofferson & Kazak, 2015). A promoção de apoio à família resulta na redução das respostas psicológicas agudas, permitindo o desenvolvimento de mecanismos de *coping* que irão melhorar a capacidade de adequação da família à situação e conseqüente disponibilidade da mesma para ajudar a criança (Hsiao et al., 2017). O EEESCJ tem uma responsabilidade acrescida na implementação de projetos de melhoria da qualidade, assumindo este projeto sobre o apoio à família da criança e jovem em situação crítica na sala de reanimação uma elevada pertinência para a excelência do exercício profissional e melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Outra atividade realizada, relacionada com desenvolvimento de documentos de apoio à prática de enfermagem, foi a revisão da norma de procedimento sobre a “Distribuição e atuação dos elementos numa situação de reanimação”. No contexto do SUP, no qual a entrada da criança gravemente doente geralmente não é prevista, a ansiedade e o stress parental assumem dimensões significativas, associados por vezes a sentimentos de culpabilização pela situação ocorrida (Slota, 2013; Foster et al., 2017). O momento em que as famílias entram no serviço marca a necessidade imediata de uma intervenção de enfermagem ao nível do apoio à mesma uma vez que o stress não termina com a sua chegada ao hospital, podendo inclusivamente constituir-se como o início de uma hospitalização prolongada (Foster et al., 2017). Desta forma, é essencial que os profissionais de saúde da UUP saibam previamente

o seu papel perante a admissão de crianças e jovens em situação crítica na sala de reanimação. A atuação exige treino e planeamento, necessitando o enfermeiro de uma constante atualização dos seus conhecimentos, integrados numa vertente holística e de relação, interligadas com os aspetos tecnológicos e científicos associados aos cuidados de enfermagem (Graça, 1997). A revisão desta norma de procedimento teve como principal finalidade sistematizar a distribuição dos elementos e as suas funções na sala de reanimação.

Os estágios realizados anteriormente conduziram-me a refletir sobre a importância das metodologias de organização de trabalho na promoção da parceria e dos CCF. Embora, pelas características inerentes ao contexto do SUP, se torne difícil a prestação de cuidados de enfermagem organizados pelo método de enfermeiro de referência, a experiência vivenciada em diferentes contextos, conduziu-me a refletir e a equacionar a pertinência da relevância de poder existir, por turno, um enfermeiro previamente definido para apoiar a família da criança e jovem em situação crítica nomeadamente em contexto de admissão na sala de reanimação. Neste sentido, após reflexão conjunta com a equipa na sessão de análise de práticas, foi introduzida na norma, anteriormente referida, a função de prestação de apoio à família da criança em situação crítica a um enfermeiro responsável na sala de reanimação.

Por se revelar um dos aspetos carentes de melhoria, após auscultação dos enfermeiros na sessão de análise de práticas realizada, foi ainda realizada a revisão da folha de registo de enfermagem na sala de reanimação no que concerne ao tipo de apoio fornecido à família da criança em situação crítica. No sentido de uniformização, foram feitas alterações à forma de registo, de acordo com as necessidades da família nestas situações, identificadas na diversa evidência consultada. Os registos de enfermagem, deverão centrar-se na pessoa e integrar os cuidados individualizados prestados pelos enfermeiros (Kärkäinen, Bondas & Eriksson, 2005), numa abordagem que transpareça o cuidado de enfermagem em si, baseado na apreciação individual da pessoa e do que se conhece da mesma para além da doença. A documentação dos registos de enfermagem poderá fundamentar os sistemas de suporte e de apoio à prática de enfermagem, a partir dos quais se poderá desenvolver uma linguagem comum entre os enfermeiros e indicadores de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem que, partindo da sua análise, serão fundamentais para expandir o conhecimento disciplinar, clarificar o que é próprio da

disciplina de Enfermagem e progredir no sentido de uma Enfermagem Avançada (Silva, 2007).

Gostaria ainda de salientar que o meu olhar sobre a prática de cuidados na UUP, focou-se em aspetos que nos outros contextos anteriores não tinham sido tão perceptíveis, tendo em consideração que me encontrava a realizar estágio no meu local de trabalho. Este sentimento, relaciona-se com o facto de, a meu ver, nesses momentos me encontrar num nível de competência de iniciado avançado que segundo Benner (2001) se caracteriza por comportamentos mais direcionados para as regras e aspetos prescritivos mas com algum raciocínio que abrange características globais decorrentes de experiências anteriores idênticas. De facto, embora não fizesse parte dos objetivos delineados para este estágio foi possível observar práticas, numa lógica de observação participante, e desenvolver cuidados direcionados para a vertente da gestão de cuidados.

As características da UUP no momento em que foi desenvolvido este estágio foram de uma enorme complexidade relacionadas com elevadas horas de espera para o atendimento médico, com conflitos decorrentes das mesmas, com planos de contingência em curso e com a elevada carga de trabalho, a desmotivação e o cansaço dos profissionais. Neste sentido, foi possível participar em processos de tomada de decisão perante conflitos com a família da criança decorrentes do elevado tempo de espera para o atendimento ou até de conflitos intra e interprofissionais relacionados com a comunicação ineficaz.

Os conflitos surgem na sequência de discordâncias resultantes de diferentes ideias, valores ou sentimentos entre pessoas ou grupos (Sales, Lima, Andrade & Farias, 2007), estando inerentes à própria condição, consciência e interação humana (Kazimoto, 2013). O conflito surge geralmente da discórdia quando os objetivos, interesses ou valores de diferentes indivíduos ou grupos são incompatíveis e influenciam a tentativa de alcançar os objetivos (Kazimoto, 2013). Em contextos de elevada ansiedade e stress, como é o caso do SUP, os conflitos surgem com mais frequência em diversos níveis. Perante situações de conflito com a família da criança, geralmente relacionados com o tempo de espera para o atendimento médico, foram essenciais as competências de EE para assegurar um eficaz funcionamento organizacional, através da identificação dos conflitos e da sua gestão de forma sensível, justa e eficiente (Saeed et al., 2014). De acordo com a OE (2010b, p. 9)

compete ao EE a adaptação da “liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados” e o desenvolvimento do seu conhecimento próprio e assertividade, nomeadamente no que concerne ao reconhecimento e antecipação de situações de eventual conflito e intervenção aquando da ocorrência do mesmo através da mobilização de técnicas adequadas de resolução de conflitos. Segundo Kazimoto (2013), uma gestão de conflitos adequada promove o crescimento organizacional, a sobrevivência e a melhoria do desempenho. As intervenções observadas na prática foram de intervenção ao nível da gestão dos conflitos através do estabelecimento de relações mais cooperativas e da procura de uma solução integrada do problema. Para a gestão eficaz de conflitos foram fundamentais competências de comunicação eficaz, de resolução de problemas e negociação com foco nos vários interesses com vista a tomadas de decisão estratégicas (Saeed et al., 2014). O reconhecimento e a antecipação de situações de eventual conflito e a utilização de técnicas de resolução de conflitos adequadas, como a escuta dos envolvidos no conflito, tentando compreender em vez de culpar (Kazimoto, 2013; College of Nurses of Ontario, 2017), foram algumas das competências observadas e desenvolvidas nestas situações (OE, 2010b).

Através da experiência decorrente deste contexto de prática, foi possível promover o desenvolvimento de práticas de cuidados de enfermagem adequadas às necessidades da família da criança e jovem em situação crítica no contexto do SUP e contribuir para a humanização dos cuidados através princípios alicerçados na filosofia de CCF, enquanto pilar fundamental da enfermagem pediátrica e para a melhoria da qualidade dos cuidados. Desta forma, as atividades anteriormente referidas foram importantes para o desenvolvimento de competências comuns de EE no domínio A1- “Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção”, na unidade de competência A1.1- “Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada” e A1.3- “Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade”; no domínio A2- “Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”, na unidade de competência A2.2- “Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente”; no domínio B1- “Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais

na área da governação clínica”, na unidade de competência B1.1- “Inicia e participa em projectos institucionais na área da qualidade”; no domínio B2- “Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade”, na unidade de competência B2.2- “Planeia programas de melhoria contínua”, B2.3- “Lidera programas de melhoria”; C1- “Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional”, na unidade de competência C1.1- “Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão”; no domínio C2- “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados”, na unidade de competência C2.1- “Optimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados; no domínio D1- “Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade”, na unidade de competência D.1.2- “Gera respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional”; e no domínio D2- “Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e validos padrões de conhecimento” na unidade de competência D2.1- “Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade” e D2.2- “Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade” (OE, 2010b).

Relativamente às competências específicas de EEESCJ este estágio contribuiu para o seu desenvolvimento no domínio E1 – “Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”, relativamente à unidade de competência E1.1- “Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade e para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem”; no domínio E2- “Cuida da criança/jovem e família em situações de especial complexidade”, na unidade de competência E2.1- “Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados”; e no domínio E3- “Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”, na unidade de competência E3.2- “Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém -nascido doente ou com necessidades especiais” (OE, 2010a).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aldridge, M. D. (2005). Decreasing Parental Stress in the Pediatric Intensive Care Unit One Unit's Experience. *CriticalCareNurse*, 25 (6). 40-50.
- Alisic, E., Hoysted, C., Kassam-Adams, N., Landolt, M. A., Curtis, S., Kharbanda, A. B. ... Babl, F. E. (2016). Psychosocial Care for Injured Children: Worldwide Survey among Hospital Emergency Department Staff. *J Pediatr*, 170, 227-233, e1-6. DOI: 10.1016/j.jpeds.2015.10.067.
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica: perspectiva desenvolvimentalista*. (2ª ed). Lisboa: Climepsi.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. (Edição Comemorativa). Coimbra: Quarteto Editora.
- Béranger, A., Pierron, C., Blanquat, L. S., Jean, S. & Chappuy, H. (2017). Communication, informations et place des parents en réanimation polyvalente pédiatrique : revue de la littérature. *Archives de Pédiatrie*, 24 (3), 265-272. Acedido em 15/12/2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2016.12.00>.
- College of Nurses of Ontario (2017). *Conflict Prevention and Management – Practice Guideline*. 7ª ed. Canada: CNO
- Costa, A., Primo, M., Calhau, P., Rocha, M. C. & Araújo, M. J. (2015). *Circular Normativa nº165*. 2015-09-17. Estratégia da Pediatria. Acessível no Hospital. Portugal.
- Dudley, N., Ackerman, A., Brown, K. M. & Snow, S. K. (2015) Patient- and Family-Centered Care of Children in the Emergency Department. *Pediatrics*, 135 (1), e255-e272. DOI: 10.1542/peds.2014-3424.
- Foster, K., Young, A., Mitchell, R., Van, C. & Curtis, K. (2017). Experiences and needs of parents of critically injured children during the acute hospital phase: A qualitative investigation. *Injury, Int. J. Care Injured*, 48, 114–120. Acedido em 15/09/2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.injury.2016.09.034>.

- Gill, F. J., Pascoe, E., Monterosso, L., Young, J., Burr, C., Tanner, A. & Shields, L. (2014). Parent and staff perceptions of family-centered care in two Australian children's hospitals. *European Journal for Person Centered Healthcare*, 1, 317–325. Acedido em: 10/01/2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5750/ejpch.v1i2.665>.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital*. Loures: Lusociência.
- Hsiao, P. R., Redley, B., Hsiao, Y.C., Lin, C.C., Han, C.Y. & Lin, H. R. (2017). Family needs of critically ill patients in the emergency department. *Int Emerg Nurs*, 30, 3-8. DOI: 10.1016/j.ienj.2016.05.002.
- Instituto de Apoio à Criança (2009). Humanização do Atendimento da Criança nos Serviços de Saúde. *InfoCEDI - Boletim do Centro de Estudos e Documentação sobre a Infância do Instituto de Apoio à Criança*, 12. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança. Acedido em: 03/12/2017. Disponível em: <http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/infocedi/infocedi12.pdf>.
- International Council of Nurses (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE® versão 2*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Kärkäinen, O., Bondas, T. & Eriksson, K (2005). Documentation of individualized patient care: a qualitative metasynthesis. *Nursing Ethics*, 12 (2), 123-132. DOI: 10.1191/0969733005ne769oa.
- Kazimoto, P. (2013). Analysis of conflict management and leadership for organizational change. *International Journal of Research In Social Sciences*. 3 (1), 16-25. Acedido em: 10/06/2017. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/c4dd/75436d03f5fb835300ff3766c9c296f020f2.pdf>.
- Khan, A., Baird, J., Rogers, J. E., Furtak, S. L., Williams, K. A., Allair, B. ... Landrigan, C. P. (2017). Parent and Provider Experience and Shared Understanding After a Family-Centered Nighttime Communication Intervention. *Acad Pediatr*, 17 (4), 389-402. DOI: 10.1016/j.acap.
- Neuman, B. (2011). The Neuman Systems Model. In: B. Neuman, Fawcett, J. *The Neuman Systems Model*. (5ªed) (Cap. 1, pp. 3-33). United States of America: Pearson Education, Inc.

- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (2011a). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. 1 (3). Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2013b). *Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Price, J., Kassam-Adams, N., Alderfer, M. A., Christofferson, J. & Kazak, A. E. (2015). Systematic Review: A Reevaluation and Update of the Integrative (Trajectory) Model of Pediatric Medical Traumatic Stress. *Journal of Pediatric Psychology*, 1–12. DOI: 10.1093/jpepsy/jsv074.
- Redley, B., Levasseur, S. A., Peters, G. & Bethune, E. (2003). Familie's needs in emergency departments: instrument development. *Journal of Advanced Nursing*, 43 (6), 606–615. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2003.02759.x.
- Romero, H. R. A. & Colmenares, S. M. R. (2015). Necesidades percibidas de atención por niños, cuidadores y enfermeros durante la hospitalización en una unidad de cuidado intensivo. *Investig Enferm. Imagen Desarr*, 17 (1), 113-130. DOI: 10.11144/Javeriana.IE17-1.npan
- Saeed, T., Almas, S., Anis-ul-Haq, M. & Niazi, G.S.K. (2014). Leadership styles: Relationship with conflict management styles. *International Journal of Conflict Management*, 25 (3), 214-225. DOI: 10.1108/IJCMA-12-2012-009.
- Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença e hospitalização. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *WONG, Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed.) (Vol. II, Cap.26, pp.1025-1060). Loures: Lusociência.

- Slota, M.C. (2013). Psychosocial Aspects of Pediatric Critical Care. In: Hazinski, M. F. *Nursing Care of The Critically Ill Child*. (3^a ed.) (Capítulo 2, pp. 19-49). United States of America: Elsevier Mosby.
- Sturdivant, L. & Warren, N. A. (2009). Perceived met and unmet needs of family members of patients in the pediatric intensive care unit. *Crit Care Nurs Q.*, 32 (2), 149-158. DOI: 10.1097/CNQ.0b013e3181a27f6d.
- Wheeler, H. J. (2005). The importance of parental support when caring for the acutely ill child. *Nursing in Critical Care*, 10 (2), 56-62. DOI: 10.1111/j.1362-1017.2005.00106.x.

Apêndice 6 - “Aprender a saúde... Brincando!” - Plano da sessão de educação para a saúde a grupo



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DE LISBOA**

8º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

2º Ano - 1º Semestre

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Plano da sessão de Educação para a Saúde:

“Aprender a saúde... Brincando!”

Ana Maria Jacinto Guerreiro

Docente Orientador: Professora Doutora Maria Teresa Magão

LISBOA

Fevereiro de 2018

LISTA DE ABREVIATURAS

CCF- Cuidados Centrados na Família

CNT- Cuidados Não Traumáticos

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

IPSS- Instituições Particulares de Solidariedade Social

PNSE- Programa Nacional de Saúde Escolar

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	4
1. FUNDAMENTAÇÃO DA SESSÃO.....	6
2. PLANEAMENTO DA SESSÃO	10
3. AVALIAÇÃO DA SESSÃO	12
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	14

APÊNDICES

Apêndice 1: História de Fantoques

Apêndice 2: A criança em idade Pré-Escolar

INTRODUÇÃO

A realização desta formação surge no âmbito da unidade curricular de Estágio com Relatório, do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria. A sua principal finalidade consiste em contribuir para a promoção do Cuidado Não Traumático (CNT) à criança em idade pré-escolar através da preparação para a vacinação.

A temática em torno da comunicação com a criança, jovem e família sempre foi um dos objetivos transversais aos diversos contextos de estágio, através do brincar enquanto elemento fundamental de comunicação e relação. Tendo em consideração que a vacinação se constitui como um dos momentos potenciadores de maior ansiedade e stress na criança saudável, o desenvolvimento de uma intervenção que vise desmistificar os medos inerentes processo de vacinação assume uma relevância fulcral ao nível das intervenções de prevenção primária de acordo com Neuman (2011). Estas intervenções são essenciais para o desenvolvimento de uma significação positiva que facilite a adaptação e compreensão da criança relativamente a todo o processo que está ou que poderá experienciar no que se refere à doença, tratamentos e hospitalização (Barros, 2003).

O processo de diagnóstico da pertinência desta temática para o serviço teve duas etapas fulcrais. Numa primeira fase foi realizada uma auscultação sobre a pertinência deste tema no âmbito do programa de saúde escolar junto da enfermeira responsável pela Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). Neste sentido, foi identificada a necessidade por uma das instituições parceiras (Instituição Particular de Solidariedade Social – IPSS) relativamente a uma intervenção para as crianças em idade pré-escolar sobre a importância da vacinação na promoção da saúde, que se enquadrava dentro de um dos objetivos previstos para este estágio. Numa segunda fase foi elaborada uma atividade de dramatização com recurso a fantoches (Apêndice 1), adequada às características da criança neste estágio de desenvolvimento, que foi enviada às educadoras da IPSS no sentido de procederem à análise e avaliação da sua adequação às necessidades e medos das crianças.

A presente sessão irá desenvolver-se, mobilizando técnicas de comunicação e brincar adequadas à criança em idade pré-escolar. Será dividida em 4 momentos

principais, iniciando-se com uma breve apresentação e introdução à temática, seguida da apresentação de uma história com recurso a fantoche e por fim de uma conclusão que visará promover a interação e sintetizar os aspetos mais relevantes.

1. FUNDAMENTAÇÃO DA SESSÃO

Os CNT são um dos alicerces do cuidar em pediatria nos quais a promoção do bem-estar e sentimento de controlo assumem valor primordial (Hockenberry & Barrera, 2014). A prestação dos cuidados de enfermagem que integrem a criança, jovem e família, numa orientação cujos princípios sejam norteados por uma filosofia de Cuidados Centrados na Família (CCF) e CNT, poderá ser uma das formas de minimizar o impacto de procedimentos invasivos ou de uma hospitalização não prevista (Sanders, 2014).

O modelo dos sistemas de Betty Neuman refere que cada pessoa (criança, jovem e família) é um sistema aberto, em mudança, devido à interação constante com o ambiente e com os stressores que são forças ambientais que alteram potencialmente o sistema (Neuman, 2011). O enfermeiro tem um papel fulcral na prevenção da alteração e na manutenção da estabilidade do sistema, através do estabelecimento de um conjunto de intervenções. A preparação para a hospitalização não programada ou para procedimentos como a vacinação integram as intervenções que Neuman (2011) caracteriza como prevenção primária e que têm a finalidade de evitar que o stressor atinja a estabilidade do sistema, fortalecendo a linha de defesa flexível para minimizar a reação ao mesmo. De acordo com Barros (2003), os programas de preparação para hospitalização dirigidos a crianças e jovens saudáveis poderão ser uma importante estratégia de prevenção da ansiedade e promoção de estratégias de *coping* que facilitarão a adaptação da criança a qualquer alteração súbita da sua condição ou a procedimentos de saúde necessários.

Embora, a vacinação seja um elemento fundamental na promoção da saúde da criança e do jovem e o seu benefício esteja comprovado, a mesma constitui-se como um dos procedimentos que acarreta dor e desconforto na criança saudável, podendo ser potencialmente perturbadora do seu bem-estar e desenvolvimento, enquanto fonte de stress, angústia e ansiedade (Barros, 2003; Schechter, Zempsky, Cohen, McGrath, McMurtry & Bright, 2013). A evidência realça a preocupação com a dor associada à vacinação na criança, na sua família e nos próprios profissionais de saúde (Schechter et al., 2013). Para além de alguns fatores como a idade e as atitudes dos pais no processo de vacinação, a preparação e “treino” de competências de *coping* na criança são fundamentais para a minimização de sentimentos adversos, uma vez que, tal

como refere Compas, Worsham & Ey (1992, cit. por Barros, 2003, p. 62) a forma de confronto das doenças e tratamentos pela criança e pelo jovem, vão influenciar significativamente os resultados (positivos ou negativos) desses mesmos processos. O conhecimento sobre os stressores associados à vacinação, nomeadamente, a perda de controlo, a lesão corporal e a dor (Sanders, 2014), é fulcral para o desenvolvimento de intervenções seguras e efetivas (Batalha, 2013), promotoras de estratégias de confronto/*coping* (Barros, 2003). Os contextos de saúde comunitários e escolares poderão ser privilegiados para o desenvolvimento dos programas anteriormente referidos, de uma forma mais eficaz e eficiente, através de uma preparação das crianças para um conjunto de procedimentos com que terão invariavelmente de se deparar na sua vida, como é o caso da vacinação (Barros, 2003).

A escola tem um importante papel preponderante, enquanto agente de transmissão de valores, no desenvolvimento social das crianças, sendo fundamental o estabelecimento de parcerias que favoreçam a intervenção escolar e o desenvolvimento de projetos comunitários. O Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) de 2015 é um instrumento orientador das políticas nacionais relativas à promoção da saúde em contexto escolar, assentando na premissa de que a totalidade da população infantil e juvenil tem direito à saúde e à educação que possibilite a frequência de uma escola que seja promotora da sua saúde e do seu bem-estar (Direção-Geral da Saúde - DGS, 2015). O PNSE define vários objetivos como aumentar o nível de literacia, promover estilos de vida saudáveis, minimizar riscos para a saúde, contribuir para a melhoria da qualidade do ambiente escolar, promover a saúde, prevenir a doença e reduzir o impacto de determinados problemas de saúde no desempenho escolar e criar parcerias para a qualificação profissional, investigação e inovação na promoção e educação para a saúde (DGS, 2015). Neste contexto, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ) tem uma responsabilidade acrescida na promoção e maximização da saúde e bem-estar da criança e do jovem (Ordem dos Enfermeiros - OE, 2011a) e desempenha um papel essencial na transmissão de informação e na obtenção de ganhos em saúde.

A intervenção a nível escolar acerca da importância da vacinação e desmistificação dos medos inerentes à mesma, poderá ser benéfico para reafirmar a

importância da vacinação para uma vida saudável e para o alcançar do eixo estratégico preconizado no PNSE - 2015 ao nível das condições de saúde através de áreas intervenção promotoras da saúde das crianças e dos jovens (DGS, 2015). Além disso, o desenvolvimento de uma atividade que, foi solicitada por uma instituição parceira da UCC, poderá contribuir para a melhoria e efetividade da vigilância de saúde e da vacinação (DGS, 2015).

A presente sessão terá como população alvo a criança em idade pré-escolar, tendo a sua escolha derivado da necessidade da IPSS relativamente a uma intervenção no âmbito da saúde escolar que abordasse a importância da vacinação na prevenção de doenças, neste estágio de desenvolvimento. Outra das motivações relacionou-se com o facto da criança em idade pré-escolar estar prestes realizar o exame global de saúde e a vacinação prevista para os 5-6 anos de idade (Direção-Geral da Saúde - DGS, 2013; DGS, 2016). Deste modo, esta intervenção assume uma particular relevância para a criança em idade pré-escolar por contribuir para o desenvolvimento de competências de *coping*, desmistificando medos e fantasias, para a minimização dos stressores, para o desenvolvimento de reações mais positivas e para que o momento da vacinação seja associado a sentimentos de bem-estar e não de sofrimento (Barros, 2003).

O brincar enquanto linguagem universal da criança, facilitadora de vivências, de descoberta de novos significados e conhecimentos (Hockenberry, 2014), será uma ferramenta essencial de comunicação com a criança em idade pré-escolar. Através do brincar, pelas suas inúmeras vantagens para o desenvolvimento e aprendizagem da criança aos diversos níveis psicobiosocioculturais, os objetivos previstos para esta sessão poderão ser mais facilmente alcançados. A escolha de um modelo de sessão baseado no brincar surgiu do conhecimento prévio das características inerentes à criança em idade pré-escolar (Apêndice 2).

O espírito de iniciativa e o pensamento mágico que caracteriza a idade pré-escolar justifica o benefício de atividades de brincar do tipo simbólico. De acordo com Monroe (2014, p. 628) “as atividades mais típicas das crianças do pré-escolar são provavelmente a imitação, a imaginação e a dramatização”. O recurso à dramatização com fantoches poderá contribuir para desmistificar o medo de determinados procedimentos, ajudando na compreensão dos mesmos e minimizando a ocorrência

de experiências desagradáveis (Henriques, 2011). Além disso, associar os enfermeiros a momentos de bem-estar poderá ser benéfico para a criança uma vez que, quando a relação se baseia na confiança, a mesma irá fazer uma associação dos cuidados de enfermagem a momentos de prazer e conforto e não a stress e angústia (Sanders, 2014).

2. PLANEAMENTO DA SESSÃO

Tema: Importância da vacinação na promoção da saúde a crianças em idade pré-escolar no âmbito da saúde escolar.

Destinatários/População Alvo: Crianças em idade pré-escolar de duas IPSS, com parceria estabelecida com a UCC.

Data: 7 e 8 Fevereiro de 2018

Horário da sessão:

Duração: 30 minutos por turma

Local: Salas do Pré-Escolar

Formadora: Ana Guerreiro, estudante do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Objectivo Geral:

- Sensibilizar as crianças em idade pré-escolar para a importância da vacinação na promoção da saúde.

Objetivos Específicos:

- Identificar (pelo menos um) motivo para a importância da vacinação na promoção da saúde.

Conteúdos	Métodos pedagógicos	Técnicas pedagógicas	Materiais/Recursos	Tempo (minutos)
Introdução <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do tema e objetivos. 	Expositivo	Exposição		5
Desenvolvimento <ul style="list-style-type: none"> • Realização de uma peça de teatro “As vacinas são nossas amigas!”, baseada nas necessidades, medos e representações características das crianças em idade pré-escolar. 	Expositivo Demonstrativo Ativo	Exposição (através da dramatização) Demonstração Discussão	Casa de fantoches + Fantoches	15
Conclusão <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar um espaço de interação em que se privilegie a partilha de sentimentos, opiniões e comentários. • Síntese dos principais aspetos e encerramento da sessão. 	Expositivo Ativo Interrogativo	Exposição Discussão Pergunta coletiva		10

3. AVALIAÇÃO DA SESSÃO

A avaliação da atividade foi fundamental mas simultaneamente dificultada, tendo em consideração que as metodologias de avaliação na criança neste estágio de desenvolvimento mais eficazes são o recurso a técnicas expressivas de comunicação não verbal. A pintura, enquanto atividade de expressão livre, é um meio privilegiado para a expressão de sentimentos pois possibilita a transposição de uma sensação, através da projeção no papel da sua visão do mundo, da maneira como o percebe e o sente (Castro, Andrade, Luiz, Mendes, Barbosa & Santos, 2010; Hockenberry, 2014). A partir dos desenhos e comunicação verbal acerca dos mesmos, poder-se-á eventualmente perceber a forma como as crianças vivenciaram este momento, uma vez que, de acordo com (Hockenberry, 2014, p. 132) “os desenhos das crianças dizem muito sobre elas porque são projeções do seu eu interior”. Desta forma, poderá ser proposta às educadoras uma atividade posterior a este nível no sentido da avaliação da importância da atividade para as crianças.

As sessões foram realizadas em 2 IPSS distintas pertencentes à mesma coordenação, a 6 salas do pré-escolar num total de 126 crianças. Embora a média das idades fosse de 4 anos, existiam por sala muitas crianças com idade de 5 anos.



A avaliação da sessão no contexto passou pelo recurso a técnicas de formulação oral de questões e discussão com as crianças, as educadores e os enfermeiros presentes, numa perspectiva diagnóstica e formativa.

De acordo com as Educadoras de Infância, este foi um momento que correspondeu, à solicitação realizada à UCC e que promoveu um espaço de partilha e até mesmo de reforço de algumas temáticas já abordadas anteriormente, no contexto de sala de aula, enquanto importantes comportamentos promotores da saúde, como a higiene oral, a alimentação adequada, entre outras. A mobilização de temáticas do conhecimento prévio das crianças foram fundamentais para

contextualizar e facilitar a percepção da importância da vacinação enquanto importante elemento para a promoção da saúde e prevenção da doença. Foi ainda reforçado que o tempo da sessão e a metodologia mobilizada foi adequada à criança em idade pré-escolar.

As crianças mostraram muito interesse na temática e revelaram através do espaço de interação após a sessão, apropriação dos conceitos principais tendo a sua globalidade identificado vários dos motivos que reforçam a importância da vacinação na promoção da saúde, associando inclusivamente às outras temáticas relacionadas com a promoção da saúde, já abordadas anteriormente pelas Educadoras de Infância e pela UCC.

Desta forma, o objetivo específico traçado inicialmente foi ultrapassado em larga escala, tendo este momento promovido a partilha entre as crianças e o reforçado positivamente o comportamento de algumas que já haviam realizado recentemente a vacinação. Contudo, por impossibilidade do contexto escolar, não foi possível aceder posteriormente às atividades de desenho realizadas pelas crianças e que poderiam ter facilitado uma avaliação mais eficaz desta intervenção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica: perspectiva desenvolvimentalista*. (2ª ed). Lisboa: Climepsi.
- Batalha, L. M. C. (2013). Avaliação e controlo da dor em pediatria: uma década. *Saúde & Tecnologia*, SUPLEMENTO, e16-e21. Acedido em: 20/04/2017. Disponível em:
https://www.estesl.ipl.pt/sites/default/files/ficheiros/pdf/art_03_estesl_suplemento_2013.pdf.
- Castro, D. P., Andrade, C. U. B., Luiz, E., Mendes, M., Barbosa, D., Santos, L. H. G. (2010). Brincar como instrumento terapêutico. *PEDIATRIA* (São Paulo), 32 (4), 246-254. DOI: 10.13140/RG.2.1.1196.5285.
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar 2015*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2016). *Programa Nacional de Vacinação 2017*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Henriques, T. R. S. (2011). *O Brincar como Instrumento Terapêutico da Relação Enfermeiro – Criança*. Tese de Mestrado. Disponível no RCAAP. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/.../RELATÓRIO%20TÂNIA%20HENRIQUES.pdf>.
- Hockenberry, M. J. (2014). Comunicação e Avaliação Inicial da Criança. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *WONG, Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed.) (Vol. I, Cap.6, pp.122-183). Loures: Lusociência.
- Hockenberry, M. & Barrera, P. (2014). Perspetivas de enfermagem pediátrica. In M. Hockenberry, D. Wilson (Eds). *WONG, Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed.) (Vol. I, Cap.1, pp.1-20). Loures: Lusociência.

- Monroe, R. A. (2014). Promoção da Saúde da Criança em Idade Pré-Escolar e da Família. In M. Hockenberry, D. Wilson (Eds). *WONG, Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed.) (Vol. I, Cap.15, pp. 622-644). Loures: Lusociência.
- Neuman, B. (2011). The Neuman Systems Model. In: B. Neuman, Fawcett, J. *The Neuman Systems Model*. (5ª ed) (Cap. 1, pp. 3-33). United States of America: Pearson Education, Inc.
- Ordem dos Enfermeiros - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (2011a). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. 1 (3). Ordem dos Enfermeiros.
- Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em Situações de doença e hospitalização. In M. Hockenberry, D. Wilson (Eds). *WONG, Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed.) (Vol. II, Cap. 26, pp.1025-1060). Loures: Lusociência.
- Schechter, N. L., Zempsky, W. T., Cohen, L. L., McGrath, P. J., McMurtry, C. M., & Bright, N. S. (2007). Pain Reduction During Pediatric Immunizations: Evidence-Based Review and Recommendations. *Pediatrics*, 119 (5), e1184-1198. DOI: 10.1542/peds.2006-1107.

APÊNDICES

Apêndice 1: História de Fantoques

“As vacinas são nossas amigas!!!”



Era uma vez...

Dois meninos muito amigos que costumavam brincar sempre juntos.

Os dois tinham muitas aventuras e histórias para contar.

E hoje vamos contar-vos uma dessas histórias.

Tudo começou um dia na escola...

NA ESCOLA

(Ai! Ai! Ai!)

(Maria) - O que foi João?

(João) - Ai Maria!!! Dói-me tanto a barriga!!! Dói tanto que a minha mãe quer levar-me ao médico...

(Maria) – Pois... E tu queres ir?

(João) - Querer não quero... tenho medo!!!

(Maria) - Medo do quê???

(João) - Tenho medo que me dêem uma pica!!!

(Maria) – Mas ... já levaste alguma vez uma pica????

(João) - Não me lembro mas a minha mãe diz que eu já levei algumas quando era pequenino!

(Maria) - Sabes que eu há pouco tempo levei uma pica? Pica não, Vacina!

(João) - Ah foi... e não choraste????

(Maria) - Eu não....

(João) – e não tiveste medo????

(Maria) - Não tive medo nenhum! As enfermeiras até brincaram comigo e explicaram-me tudinho...

(Maria) – Vou-te contar como tudo aconteceu....

HISTÓRIA DA VACINA

(Maria) - Um dia a minha mãe disse-me que eu tinha de ir ao Centro de Saúde fazer uma vacina!!!

(João) - E tu sabias o que era isso?

(Maria) - Não... não sabia... e perguntei à minha mãe! Mas ela também não me soube dizer bem...

(João) - E depois?

(Maria) - Então, depois no dia em que fui ao Centro de Saúde perguntei às enfermeiras que estavam lá na sala das vacinas, o que é que eu ia fazer???

(João) - E não tiveste medo?

(Maria) - Tive um bocadinho de medo, mas depois quando elas começaram a falar e a brincar comigo, passou!

(João) - E então o que é que elas te disseram, lembraste?

(Maria) - Sim... foi mais ou menos assim...



(Enfermeira) – Olá! Eu sou a enfermeira Pipa! E tu? Como te chamas?

(Maria) – Eu sou a Maria...

(Enfermeira) – Maria, sabes o que vens cá fazer hoje????

(Maria) - Eu sei que venho levar uma vacina, foi o que me disse a minha mãe!

(Enfermeira) – E sabes o que é uma vacina?

(Maria) - Eu não e a minha mãe também não me soube dizer para o que era!

(Enfermeira) – Então olha, eu vou-te explicar.....



(Enfermeira)- Existem bichinhos muito maus e perigosos fora do nosso corpo! Vivem no ar, na terra e nos animais que não vão ao médico! Esses bichinhos chamam-se micróbios, são muito pequeninos e quando entram no nosso corpo, fazem-nos mal e ficamos muito doentes!

(Maria) – São do tamanho de uma formiga?

(Enfermeira) – Não, são ainda mais pequeninos, tão pequeninos que nem se conseguem ver! E as vacinas servem para não deixarem estes micróbios entrar no nosso corpo.

(Maria) – Mas como?

(Enfermeira) - Por exemplo, imagina que o nosso corpo é um castelo e dentro dele estão muitos príncipes e princesas, e do lado de fora estão os maus que os querem magoar. Como achas que poderíamos guardar o castelo?

(Maria) – Então... com polícias... soldados...

(Enfermeira) - Isso mesmo Maria!!!! Então, as vacinas são como a polícia e os soldados que protegem o castelo! E sabes qual é o castelo que as vacinas protegem?

(Maria)- Hum... o nosso coração???

(Enfermeira) – Não só o nosso coração... mas protegem o nosso corpo todo!!!

(Maria) – Então as vacinas servem para esses micróbios maus não nos fazerem mal!!!

(Enfermeira) - Muito bem Maria, estou a ver que percebeste tudo!! Mas agora que sabes para que serve a vacina, vou explicar-te como é que estes guardas e soldados entram no nosso corpo!

(Maria) – Hummm... deixa-me adivinhar... por um xarope!!

(Enfermeira) – Também pode ser... mas os guardas que estão nas vacinas são tão pequeninos como os micróbios que para entrarem no nosso corpo têm que ir todos muito juntinhos, nesta seringa, que funciona como um carro que vai deixá-los todos lá dentro.

(Maria) – E onde vai parar o carro?

(Enfermeira) - O carro vai parar no braço e depois de lá estar todos vão sair e viajar pelo nosso corpo para procurarem e destruírem todos os micróbios que nos queiram fazer mal.

(Maria) – Que fixe....

(Enfermeira) - Então Maria, já sabes o que é uma vacina?

(Maria) – Agora, acho que já sei...

(Enfermeira)- Então que dizes a fazermos agora a vacina para ficares também tu protegida?

OUTRA VEZ NA ESCOLA

(Maria) - ... e foi assim João... Depois disto a minha mãe fez-me uns mimos e a enfermeira deu-me a vacina!

(João) - fixe, então eu também quero ficar protegido para não ficar doente!!!!

(Maria) -mas tu já estás doente!?!?

(João) - Ahhhh! Pois é!!!! Mas como vou ao Centro de Saúde, amanhã já te conto a minha história! Pode ser que fique melhor!

NO DIA SEGUINTE (NA ESCOLA)...

(Maria) - Então João, tas melhor?

(João) - Sim, hoje já não me dói a barriga!

(Maria) - E como correu???

(João) - Olha, cheguei lá e encostaram-me uma coisa redonda na barriga, que se chamava estetoscópio, para ouvirem o que havia lá dentro... Depois fizeram-me uma massagem na barriga e deram-me um remédio para eu tomar, que é docinho como um o que a minha mãe foi comprar depois à farmácia, mas o outro...

(Maria) - O outro o quê???

(João) – O outro xarope... é bem amargo mas como é para eu ficar bom, tenho de o beber!!!!

(Maria) - Ah!!! Que engraçado!!!! Já viste que fomos ao centro de saúde por 2 coisas diferentes????

(João) – Eu estava doente e fui lá para ficar bom...

(Maria) - E eu não estava doente, mas fui lá para me proteger e ter muita saúde!!!

FINAL (Quadra Conjunta)

Para ter saúde são importantes muitas coisas

Alimentarmo-nos bem

E lavarmos sempre os dentes

Ir ao médico e tomar os remédios

Fazer as vacinas

Pois só assim teremos mais saúde...

Para combater e destruímos os micróbios

Que nos fazem mal e nos põem doentes.

Vamos todos ajudar a nossa saúde

E sermos cavaleiros para a podermos proteger!

Apêndice 2: A criança em idade Pré-Escolar

A criança em idade Pré-Escolar – principais características

A compreensão das características inerentes ao processo de desenvolvimento da criança nos diversos estádios de desenvolvimento, revela-se uma componente fundamental para uma eficaz adequação dos cuidados de enfermagem. Assim, este documento ir-se-á basear na caracterização realizada por Monroe (2014) relativamente à criança em idade pré-escolar e aos aspetos do desenvolvimento mais pertinentes para esta intervenção. A criança em idade pré-escolar (3 aos 5 anos) adquire um conjunto de competências biológicas, psicossociais, cognitivas, espirituais e sociais que sustentam a preparação para uma etapa de enorme mudança na sua vida, relacionada com a entrada para a escola (Monroe, 2014).

A criança em idade Pré- Escolar (Monroe, 2014)	
Desenvolvimento Cognitivo	<p>A criança em idade pré-escolar, embora mantenha uma atitude egocêntrica, observando as coisas e situações em relação a elas mesmas e a partir dos seus pontos de vista, é nesta fase que ocorre uma importante transição nomeadamente no deslocamento do pensamento totalmente egocêntrico para a consciência social e para a capacidade de considerar outros pontos de vista.</p> <p>A explicação das causalidades é de acordo com um pensamento lógico, ou seja, a explicação de conceitos decorre do modo como a criança o ouviu descrito por outros. Contudo, a sua compreensão é ainda limitada. Além desta característica, o pensamento dos pré-escolares pode ser descrito como pensamento mágico, derivado do egocentrismo e pensamento transdutivo, acreditando que os mesmos são todo-poderosos. Esta característica torna a criança mais vulnerável a sentimentos de culpa e responsabilidade por “maus” pensamentos e comportamentos.</p> <p>O conceito de tempo nas crianças pré-escolares é ainda muito limitado pelo que as atividades que exijam maior concentração, devem decorrer mais espaçadas em várias sessões com tempo máximo de 10 a 15 min.</p>
Desenvolvimento Social	
• Linguagem	<p>A linguagem encontra-se em processo de desenvolvimento durante este período. Embora a fala seja um veículo da comunicação egocêntrica, pode ser por vezes importante explorar e compreender o pensamento da criança através da comunicação não verbal.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Comportamento Pessoal-Social 	<p>A criança pré-escolar desenvolve também o espírito de iniciativa, que se caracteriza pelo entusiasmo aquando da realização de atividades que envolvam a sua participação.</p> <p>Durante o período pré-escolar, o processo de separação-individualização é completado, passando a criança a relacionar-se mais facilmente com pessoas desconhecidas. Neste período, começa também a haver progressivamente a possibilidade de “trabalhar” medos, fantasias e ansiedades na criança através do brincar e jogos, especialmente quando orientados com objetos apropriados que representem os membros da família, a equipa de saúde, entre outros.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Brincadeira 	<p>Diversos tipos de jogos e brincadeiras são característicos deste período, sendo do seu especial agrado as brincadeiras e jogos associativos, sem regras rígidas. Provavelmente, em nenhum outro momento ocorre a reprodução do comportamento adulto de modo tão evidente quanto na criança com 4/5 anos. Próximo do final do período pré-escolar, as crianças ficam menos satisfeitas com objetos de imaginação, apreciando mais a execução de tarefas como a cozinha ou a carpintaria.</p> <p>Uma atividade pré-escolar muito utilizada e eficaz é o brincar imitativo ou de faz de conta e dramático (contar histórias, peças de teatro, entre outras). O brincar é parte integrante da vida da criança, conduzindo a uma incorporação entre a realidade e a fantasia, no qual o faz de conta se torna real e os amigos imaginários passam a fazer parte da vida das crianças em idade pré-escolar.</p>
<p>Desenvolvimento moral</p>	<p>O desenvolvimento do julgamento moral encontra-se neste estágio de desenvolvimento no nível mais básico. As ações são direcionadas no sentido da satisfação das suas necessidades, começando a integrar as necessidades dos outros.</p>
<p>Desenvolvimento da imagem corporal</p>	<p>Na criança em idade pré-escolar inicia-se o desenvolvimento da imagem corporal. Todavia, apresentam ainda limites corporais muito mal definidos e pouco conhecimento da anatomia interna, pelo que procedimentos invasivos, especialmente os que afetam e perfuram a integridade da pele, proporcionam medo e temor à criança derivado do receio, por exemplo “do sangue poder sair todo para fora, se a pele tiver alguma lesão”.</p>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Monroe, R. A. (2014). Promoção da Saúde da Criança em Idade Pré-Escolar e da Família. In M. Hockenberry, D. Wilson (Eds). *WONG, Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed.) (Vol. I, Cap.15, pp. 622-644). Loures: Lusociência.

Apêndice 7 - “Acolhimento da criança, jovem e família com necessidade de internamento transitório na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos” – Contributo para a elaboração de uma norma



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DE LISBOA**

8º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

2º Ano - 1º Semestre

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**Acolhimento da criança, jovem e família com
necessidade de internamento transitório na Unidade
de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP)
Unidade de Internamento de Pediatria**

Ana Maria Jacinto Guerreiro

Docente Orientador: Professora Doutora Maria Teresa Magão

LISBOA

Setembro de 2017

Acolhimento da criança, jovem e família com necessidade de internamento transitório na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) (Proposta)

Abreviaturas:

CCF- Cuidados Centrados na Família

UCIP- Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

Finalidade: Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem através da fundamentação e sistematização do processo de acolhimento à criança, jovem e família com necessidade de internamento transitório na UCIP.

Destinatários: Enfermeiros da unidade de internamento de pediatria e da UCIP responsáveis pelo acolhimento da criança e família com necessidade de internamento transitório na UCIP após realização de procedimentos de diagnóstico e terapêuticos, nas especialidades de Ortopedia, Neurocirurgia, Neurorradiologia e Cirurgia Pediátrica.

Enquadramento Conceptual:

A prestação dos cuidados de enfermagem em Pediatria não tem fundamento sem integrar a família, considerada como uma constante na vida da criança, numa orientação cujos princípios sejam norteados por uma filosofia de Cuidados Centrados na Família (CCF) e de Cuidados Não Traumáticos (Hockenberry & Barrera, 2014). Desta forma, torna-se imperioso o envolvimento próximo e contínuo da família nos cuidados, com base em processos de negociação e parceria através do apoio, respeito, colaboração, cooperação, capacitação e potencialização das suas forças (Casey, 1995; Hockenberry & Barrera, 2014).

O acolhimento consiste numa atitude promotora da confiança da criança, do jovem e sua família nos profissionais de saúde e do estabelecimento de uma relação de ajuda (Jorge, 2004), assente na colaboração mútua e parceria de cuidados que se enquadram na filosofia dos CCF (Alves, 2015). O acolhimento visa essencialmente apoiar a criança, jovem e família, transmitir segurança, diminuir sentimentos negativos que possam

surgir no decorrer da hospitalização e dar oportunidade ao enfermeiro para desmistificar alguns aspetos que os preocupem relativamente ao processo de hospitalização ou funcionamento do serviço (Alves, 2015). O acolhimento e a integração da família nos cuidados irão permitir, nomeadamente aos pais, “a aquisição de segurança no desempenho do seu papel durante a hospitalização e, desta forma, auxiliarem a equipa de enfermagem, quer no planeamento de cuidados quer na prestação dos mesmos à criança hospitalizada” (Santos, 2012, p. 28).

De acordo com Santos (2012), existem três momentos essenciais no acolhimento, nomeadamente a receção, informação e integração. Assim:

- O **momento da receção** inicia-se com o primeiro contacto com a criança, jovem e família, sendo fundamental que o enfermeiro se apresente pelo nome, demonstrando simpatia, disponibilidade, compreensão (Jorge, 2004) e transmita confiança em como irão encontrar o apoio adequado, dedicação, segurança, competência e a informação necessária ao longo do processo de hospitalização da criança (Santos, 2012).

- O **momento da informação** é essencial no processo de acolhimento uma vez que a família necessita de informações claras e concisas para a sua participação, tomada de decisão e parceria efetiva nos cuidados (Jorge, 2004; Santos, 2012; Alves, 2015). A informação é um pilar fundamental dos CCF (Institute for Patient and Family Centered Care - IPFCC, 2017), sendo considerada pelos pais como a necessidade mais importante (Bragadóttir, 1999; Rotegård, 2007; Romero & Colmenares, 2015; Andrade et al., 2015). Além deste aspeto, a informação constitui-se como um direito, salvaguardado, no ponto quatro, da Carta da Criança Hospitalizada (2008, p. 9): “a criança e os pais têm direito a receber informações sobre a doença e os tratamentos, adequada à idade e à compreensão a fim de poderem participar nas decisões que lhes dizem respeito”. As informações que os pais necessitam de receber relacionam-se com a doença, o tratamento, os exames, o prognóstico e o motivo da hospitalização (Shields, Kristensson-Hallström & O’Callaghan, 2003). Os pais necessitam igualmente de informações relacionadas com o papel parental (o que esperar e o que é esperado de si), as respostas comportamentais e emocionais (comportamentos normais e esperados) da criança à sua doença e hospitalização, a forma de apoiar o seu filho, o ambiente hospitalar (espaço físico, regras do hospital, rotinas...) e os direitos financeiros (Bragadóttir, 1999; Schaffer, 2000; Rotegård, 2007; Sanders, 2014). A informação inadequada, transmissão rápida, dificuldade na sua obtenção e imprecisão

sobre o que se espera do seu papel durante a hospitalização, dificultam a participação nos cuidados (Fisher, 2001), sendo fulcral que a quantidade e a qualidade das informações seja adaptada às necessidades dos pais e que a informação seja fornecida no momento certo (Rotegård, 2007).

- O **momento de integração** da criança, jovem e família no serviço e na equipa de enfermagem corresponde ao estabelecimento de uma relação de ajuda (Santos, 2012) que reforce a sua auto-estima, escute, estimule a verbalização das preocupações, dúvidas, receios e promova a clarificação das suas necessidades, expectativas e objetivos, essenciais ao processo de cuidados de enfermagem (Jorge, 2004).

A admissão na UCIP acarreta sentimentos de ansiedade, medo e incerteza na criança, jovem e família, relacionados com a natureza e gravidade da situação, a perceção de risco de vida e da integridade física da criança, o ambiente desconhecido e o contexto tecnológico (Barros, 2003; Sanders, 2014). A evidência realça que as atitudes dos pais têm uma elevada influência nos comportamentos da criança, devendo o enfermeiro compreender os sentimentos e stressores inerentes ao processo de hospitalização e internamento em UCIP, através de cuidados de enfermagem centrados na individualidade e necessidades da criança, do jovem e da sua família (Barros, 2003). Assim, quando uma admissão na UCIP é planeada, aqueles deverão ser preparados através do fornecimento de informações, esclarecimento de dúvidas e receios e de uma visita guiada que promova a familiarização com o ambiente e equipamento habitual de uma unidade de cuidados intensivos (Sanders, 2014), com vista ao desenvolvimento de mecanismos de *coping* que permitam dar resposta às exigências do meio e se adaptarem, através da redução da tensão, a uma situação de stress (Barros, 2003; McElfresh & Merck, 2014).

No contexto do internamento de pediatria, a preparação é realizada no momento do acolhimento ao serviço de internamento, importando sistematizar a sua realização, articulando os dois serviços envolvidos, com vista a otimizar os CCF e melhorar o acolhimento da criança, jovem e família com necessidade de internamento transitório na UCIP. O acolhimento ao serviço de pediatria dever-se-á desenvolver de acordo com a fundamentação referida anteriormente e com as normas já existentes nos respetivos serviços, quer na unidade de internamento, quer na UCIP.

Desta forma, compete ao:

- **Enfermeiro da unidade de internamento:**

- Avaliar o conhecimento da criança, jovem e família sobre a eventual necessidade de internamento transitório na UCIP;

- Identificar as necessidades da criança, jovem e família e o seu desejo de conhecer ou não a UCIP;

- Contactar o enfermeiro chefe de equipa da UCIP para articular horários e disponibilidade para receber a criança, jovem e família, otimizando assim o circuito do acolhimento;

- Realizar a avaliação inicial antes do enfermeiro da UCIP iniciar o acolhimento com vista a adequar o fornecimento de informações ao contexto da doença, características, necessidades, medos e receios da criança, jovem e família.

- **Enfermeiro da UCIP:**

- O enfermeiro chefe de equipa deverá possibilitar que o acolhimento, se possível, seja realizado pelo enfermeiro que estará na unidade no dia do internamento;

- Obter informações sobre a história da doença atual, necessidades, medos e receios, previamente ao contacto presencial com a criança, jovem e família, visando uma melhor adequação do acolhimento;

- Iniciar o acolhimento na unidade de internamento, realizando posteriormente a visita ao serviço de UCIP se a criança, jovem e família assim o desejarem;

- Fornecer informações sobre espaço físico, regras, permanência da família e rotinas do serviço;

- Após terminar a visita ao serviço de UCIP, nas situações que assim o desejem, o enfermeiro acompanha a criança, jovem e família no regresso à unidade de internamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, J. M. N. O (2015). *Oportunidades de parceria no cuidar de crianças com necessidades especiais de saúde - a perspetiva dos pais*. Tese de Mestrado. Disponível no RCAAP. <http://hdl.handle.net/10400.14/18056>.
- Andrade, R. C., Marques, A. R., Leite A.C.A.B., Martimiano, R. R., Santos, B. D., Pan, R.... Nascimento, L. C. (2015). Necessidades dos pais de crianças hospitalizadas evidências para o cuidado. *Rev. Eletr. Enfermeira* 17(2), 379-394. Acedido em 12/02/2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i2.30041>.
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica: perspectiva desenvolvimentalista*. (2ª ed). Lisboa: Climepsi.
- Bragadóttir, H. (1999). A descriptive study of the extent to which self-perceived needs of parents are met in paediatric units in Iceland. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 13 (13), 201–207. DOI: 10.1111/j.1471-6712.1999.tb00540.x.
- Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 1058-1062. DOI: 10.1111/j.1365-2648.1995.tb03105.x.
- Fisher, H. R. (2001). The needs of parents with chronically sick children: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 36 (4), 600–607. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2001.02013.x.
- Hockenberry, M. & Barrera, P. (2014). Perspectivas de enfermagem pediátrica. In M. Hockenberry, D. Wilson (Eds). *WONG, Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed.) (Vol. I, cap.1. pp.1-20). Loures: Lusociência.
- Institute for Patient and Family Centered Care (2017). *Advancing the practice of patient and family centered care in hospitals*. Bethesda: IPFCC. Acedido em: 05/05/2017. Disponível em: http://www.ipfcc.org/resources/getting_started.pdf
- Jorge, A. M. (2004). *Família e Hospitalização da Criança. (Re)Pensar o Cuidar em Enfermagem*. (1ª Ed.). Loures: Lusociência.

- McElfresh, P. B. & Merck, T. T. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença Crónica ou Incapacidade. In M. Hockenberry, D. Wilson (Eds). *WONG, Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed.) (Vol. I, cap.22. pp.897-930). Loures: Lusociência.
- Romero, H. R. A. & Colmenares, S. M. R. (2015). Necesidades percibidas de atención por niños, cuidadores y enfermeros durante la hospitalización en una unidad de cuidado intensivo. *Investig Enferm. Imagen Desarr*, 17(1), 113-130. DOI: 10.11144/Javeriana.IE17-1.npan.
- Rotegård, A. K. (2007). Children in an isolation unit: Parent's informational needs. *Nursing Science*, 27 (4), 32–37. Acedido em: 17/11/2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/010740830702700407>.
- Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em Situações de doença e hospitalização. In M. Hockenberry, D. Wilson (Eds). *WONG, Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed.) (Vol. II, cap.26, pp.1025-1060). Loures: Lusociência.
- Santos, S. M. G. (2012). *As Necessidades dos Pais da Criança Hospitalizada*. Tese de mestrado. Disponível em: <http://bdigital.ipg.pt/dspace/bitstream/10314/1319/1/E%20SIP%20-%20As%20Necessidades%20dos%20Pais%20da%20Crian%C3%A7a%20Hospitalizada%20-%20S%C3%ADlvia%20Maria%20Gaiola%20dos%20Santos.pdf>.
- Schaffer, P., Vaughn, G., Kenner, C., Donohue, F., & Longo, A. (2000). Revision of a parent satisfaction survey based on the parent perspective. *Journal of Pediatric Nursing*, 15 (6), 373–377. DOI: 10.1053/jpdn.2000.16713.
- Shields, L., Kristensson-Hallström, I. & O'Callaghan, M. (2003). An examination of the needs of parents of hospitalized children: Comparing parent's and staff's perceptions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17 (2), 176–184. DOI: 10.1046/j.1471-6712.2003.00215.x.

Apêndice 8- “Necessidades da família do RN em situação crítica: da sua avaliação à promoção da vinculação, da parceria e dos CCF” - Jornal de aprendizagem



**ESCOLA SUPERIOR DE
ENFERMAGEM DE LISBOA**

8º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

2º Ano - 1º Semestre

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**“Necessidades da família do RN em situação
crítica: da sua avaliação à promoção da
vinculação, da parceria e dos CCF”**

Jornal de aprendizagem

Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

Ana Maria Jacinto Guerreiro

Docente Orientador: Professora Doutora Maria Teresa Magão

LISBOA

Novembro de 2017

ABREVIATURAS

CCF- Cuidados Centrados na Família

ECMO- Extra Corporal Membrane Oxigenation

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

RN – Recém-nascido

UCIP- Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

O presente jornal de aprendizagem irá relatar uma situação ocorrida com a mãe de um Recém-nascido (RN) internado no contexto de UCIP e que se relaciona com a importância da avaliação e satisfação das necessidades da família enquanto elemento fundamental no desenvolvimento de intervenções adequadas e promotoras da vinculação, da parceria e dos CCF. A metodologia do Ciclo reflexivo de Gibbs (1988) irá nortear o desenvolvimento deste jornal de aprendizagem:

- DESCRIÇÃO “o que aconteceu?”
- SENTIMENTOS “Que estou a sentir e a pensar?”
- AVALIAÇÃO “Que foi bom e mau na experiência?”
- ANÁLISE “Que sentido atribuo à situação?”
- CONCLUSÃO “Que mais poderia ter feito?”
- PLANO DE AÇÃO “Se acontecer outra vez, como procederei?”

DESCRIÇÃO

A L. é uma RN prematura de 36 semanas que, imediatamente após o seu nascimento, iniciou quadro de gemido e dificuldade respiratória com necessidade de ventilação invasiva. Por não haver melhoria do seu quadro clínico, teve indicação clínica para realização da técnica de *ECMO (Extra Corporal Membrane Oxigenation)* durante 13 dias, após o qual ficou com entubada e ventilada mecânicamente. Quando acompanhei a L. e a sua família, tinham passado 2 dias desde o término do *ECMO*.

A mãe da L. chegou à unidade no momento em que estávamos a terminar os cuidados de higiene e a proceder à aspiração de secreções. A mãe ao chegar, sentou-se sem nada dizer, observando somente o que estávamos a fazer. Cumprimentámos a mãe da L., enquanto realizávamos o procedimento, apresentámo-nos, eu e a enfermeira orientadora, realçando que seríamos as enfermeiras responsáveis nesse turno pelos cuidados à sua filha e questionámos como estava. A mãe da L. prontamente perguntou como a filha tinha passado a noite e porque é que a filha tinha uma fita na cabeça. Foi esclarecida que a mesma havia sido colocada para sustentação do penso realizado a úlcera de pressão na região occipital. Todavia, após este esclarecimento, permaneceu afastada sem se aproximar da filha como se houvesse uma barreira ao seu envolvimento. Esta era uma situação que a equipa de enfermagem já havia abordado nas passagens de turno. Num dos momentos de interação com a mãe nesse turno, a mesma referiu que um dia, quando a filha estivesse melhor, iria comprar fitinhas

com laçarotes para colocar na sua cabeça. Aproveitando este seu desejo, fiz um laço com umas compressas e adesivo, e questionei-a sobre o que achava de o adaptarmos à fita que a filha tinha na cabeça. Nesse momento sorriu, acenando com a cabeça afirmativamente. Ao perguntar se gostaria de colocar o laço a filha, os seus olhos encheram-se de lágrimas, respondendo timidamente que gostaria. Inicialmente aproximou-se a medo mas com o reforço positivo transmitido por mim, que estava a seu lado, colocou o laço a filha, tendo ficado próxima da mesma realçando o quanto estava linda.

No turno seguinte, a mãe da L. aparentava estar menos preocupada, com maior abertura à comunicação com os enfermeiros, o que se manifestou pela iniciativa a aproximar-se da filha e a questionar se poderia colocar umas meias de proteção e aquecimento nas suas mãos. Neste dia, após observar a sua aproximação e envolvimento com a filha, fiz um reforço positivo, aproveitando aquele momento para perceber qual os seus receios e necessidades. Desta interação, foi possível compreender que um dos seus maiores medos era aproximação à filha e o facto de a poder eventualmente prejudicar com um simples toque. Além disso, conseguiu-se avaliar que a sua maior necessidade era poder pegar na filha ao colo mas com alguma angústia associada relacionada novamente com o medo de poder fazer, no dia em que isso acontecesse, alguma coisa errada que pudesse agravar a situação. Esta informação foi posteriormente transmitida à equipa de enfermagem nas passagens de turno, tendo sido perceptível o motivo para a dificuldade na aproximação à filha.

SENTIMENTOS

A comunicação com a mãe da L. inicialmente não foi fácil, aspeto também sentido e verbalizado pela equipa de enfermagem que enunciou algumas barreiras na comunicação, como a dificuldade da mãe em expressar os seus sentimentos e até mesmo em se relacionar com a equipa multidisciplinar. Contudo, a minha postura inicial relativamente à aproximação foi também ela de afastamento, talvez por ainda estar nos meus primeiros turnos na UCIP e eu própria ainda não sentir a confiança suficiente para iniciar uma relação de ajuda com a família da criança em situação crítica. Mas a relação foi-se estabelecendo ao longo do turno de forma muito natural e foi possível perceber os sentimentos da mãe da L., as suas necessidades e os seus receios relacionados com o facto de “não poder ser mãe” (sic) logo aquando do nascimento da sua filha. Desta situação emergiram alguns questionamentos da minha parte, nomeadamente:

Qual a importância da intervenção do enfermeiro na identificação das necessidades da família da criança internada numa UCIP num ambiente no qual as intervenções são tendencialmente direcionadas para a doença e para a estabilização clínica? Como poderá o enfermeiro promover o estabelecimento da parceria com a família, em simultâneo com a promoção da vinculação, em contextos de elevada complexidade?

AVALIAÇÃO

Apesar de ter ocorrido nos meus primeiros dias de estágio, esta situação foi extremamente enriquecedora por me ter permitido deparar com algumas das problemáticas e stressores identificados no curto estágio anterior de neonatologia e refletir sobre a intervenção do enfermeiro no apoio à família do RN prematuro, nomeadamente na promoção da vinculação em contextos de elevada complexidade. Além disso, foi uma experiência positiva que reforçou a importância das pequenas coisas, que não são tão observáveis nem mensuráveis, num contexto tendencialmente biomédico. Neste caso a colocação de um laço na ligadura que tinha na cabeça, foi essencial para o processo de cuidar, pelo bem-estar que esta intervenção proporcionou, potenciando a confiança e a aproximação, tão necessárias para o estabelecimento de uma relação de ajuda. Neste sentido, não poderia deixar de realçar a importância que Hesbeen (2000) atribui às pequenas coisas nos cuidados de enfermagem ao referir que será, através da intencionalidade e significação das mesmas que “a enfermagem poderá esclarecer e firmar a sua entidade provando, graças às raízes sólidas e fecundas que constituem essas pequenas coisas, o seu contributo essencial para a saúde dos indivíduos” (Hesbeen, 2000, p. 47). Esta situação permitiu-me igualmente perceber a importância de identificar as necessidades da família enquanto elemento fundamental para o desenvolvimento de intervenções adequadas e promotoras da parceria e dos CCF. Contudo, senti que a identificação das necessidades, centradas na dimensão dos cuidados quotidianos e habituais (care) que se direcionam para as “... funções de manutenção, de continuidade da vida” (care), ainda são consideradas menos prioritárias relativamente aos cuidados de reparação (cure) que estão “ligados à necessidade de reparar o que constitui obstáculo à vida” (Collière, 1999, p. 237).

ANÁLISE

A admissão de uma criança na UCIP desenvolve na família a vivência de sentimentos de perda, medo e preocupação com a sobrevivência do seu filho, com

particular incidência nos pais do RN (McGrath, 2013; Foster, Young, Mitchell, Van & Curtis, 2017). A doença ou a fragilidade inerente a um RN prematuro vem desfazer o sonho de um bebê “perfeito”, do bebê idealizado (McGrath, 2013), incorrendo na labilidade emocional e no funcionamento alterado dos pais. A tudo isto, acresce a influência das suas crenças face à situação, a percepção do que é um bebê de risco e as dificuldades para o desenvolvimento da vinculação, para a capacitação e para o exercício do seu papel parental (Cleveland, 2008; McGrath, 2013).

A evidência realça diversas dificuldades sentidas pelos pais do RN internado numa UCIN (nesta situação o internamento era na UCIP por necessidade de tratamento de *ECMO* só existente nesta unidade) relacionadas com o contato com o bebê. O sentimento de ameaça provocado pela aparência de fragilidade e vulnerabilidade que o RN pode apresentar, tanto mais intensificada quanto o número de equipamentos em seu redor, bem como a incapacidade sentida no reconhecimento dos sinais e comportamentos do RN, são outras das diversas dificuldades manifestadas pelos pais (Heinemann, Hellström-Westas & Nyqvist, 2013; Kynø, Ravn, Smeby, Torgersen & Gundersen 2013; McGrath, 2013;). Além disso, a prematuridade e a instabilidade fisiológica converge para uma restrição da manipulação do RN, situação que é vivenciada pelos pais com particular angústia (Altimier & Phillips, 2013; Heinemann, 2013; Kynø et al., 2013; McGrath, 2013;). De acordo com Altimier & Phillips (2013) existem sete medidas neuroprotetoras e de desenvolvimento do RN prematuro, nomeadamente, o ambiente, a parceria com as famílias, o salvaguardar do sono, a otimização da nutrição, a minimização do stress e da dor, a proteção da pele e o posicionamento e manipulação do RN. Após o estabelecimento de um ambiente de cura, a parceria com as famílias é o fator que mais contribui para promoção do desenvolvimento do RN prematuro, segundo os mesmos autores.

O enfermeiro pode ter um papel diferenciador na promoção da vinculação entre os pais e o RN, bem como no fomento do sentimento de competência parental, evidenciando a importância do conhecimento do seu bebê ao longo do tempo de internamento, os seus comportamentos, as suas manifestações de stress e as posições de consolo e contenção que assume (Kynø et al., 2013). Para tal, é fundamental o incentivo à participação nos cuidados ao RN através da clarificação de coisas simples que os pais possam fazer, como segurar a sua mão, trazer fotografias da família, entre outras (Aldridge, 2005). Progressivamente, os pais ficam menos ansiosos com o

ambiente e começam a estar mais disponíveis para desempenhar um papel mais ativo no cuidados ao seu filho, devendo a sua participação ser negociada mutuamente pelos enfermeiros e pelos pais (McGrath, 2013).

A compreensão das respostas, da experiência de doença, das necessidades e prioridades da família são fundamentais para a implementação de intervenções que sejam facilitadoras da vivência do processo de hospitalização e para o desenvolvimento de uma parceria de cuidados assente na negociação e partilha nos processos de tomada de decisão (Sanders, 2014). Contudo, parece haver alguma dificuldade na compreensão das necessidades da família, o que vai de encontro ao estudo realizado por Foster et al. (2017) no qual os pais de crianças internadas em situação crítica, manifestaram elevados níveis de satisfação relativamente aos cuidados prestados aos seus filhos e pouca satisfação relativamente ao apoio perante as suas próprias necessidades.

CONCLUSÃO

Nesta situação o facto de estar há pouco tempo no contexto limitou sem dúvida a minha intervenção e influenciou a aproximação inicial à família, conduzindo-me a projetar as minhas competências no momento para um nível de iniciado, segundo Benner (2001). Este nível de competência é caracterizado pela inexperiência com as situações confrontadas e por comportamentos mais limitados e rígidos, seguindo uma lógica de cumprimento da norma e regra (Benner, 2001). Desta forma, penso que poderia ter estado mais tempo com a mãe da L., ao invés, de me refugiar também nos meus receios e medos iniciais, justificados por ainda não me sentir confortável no serviço. Contudo, a reflexão sobre este primeiro dia de prestação de cuidados a esta criança e à sua família e sobre as minhas fragilidades, os meus receios e sentimentos, foram essenciais para o estabelecimento da relação nos turnos seguintes. Neste processo, criar oportunidades e encorajar os pais a cuidar dos seus filhos, auxiliando-os através de uma participação guiada, pode tornar sua experiência menos angustiante (Cleveland, 2008). Além disso, contribuiu igualmente para assegurar a continuidade de cuidados assente no conhecimento sobre os stressores e necessidades da família, o que permitiu uma melhor adequação e definição de estratégias promotoras da satisfação das suas necessidades.

PLANO DE AÇÃO

Embora esta situação tenha decorrido numa UCIP, a essência da reflexão em torno da mesma, pode ser facilmente transportada para outros contextos de prestação de cuidados de enfermagem de elevada complexidade como é o caso da unidade de urgência pediátrica onde exerço funções. De facto, os contextos promotores de ansiedade, stress e distanciamento, podem conduzir a cuidados mais direccionados para a doença e estabilização clínica, ficando para segundo plano as questões relacionadas com as necessidades, emoções, inseguranças e dúvidas dos pais (Andrade et al., 2015). A aproximação e a comunicação com as famílias torna-se fundamental nestas situações, com vista a uma identificação das suas necessidades e ao desenvolvimento e implementação de intervenções, baseadas na parceria, negociação e fornecimento de informações (Wheeler, 2005; Aldridge, 2005; Romero & Colmenares, 2015; Foster et al., 2017). Acredito que, no meu serviço, onde tenho competências desenvolvidas ao longo de 13 anos, algumas das dificuldades sentidas nesta situação, serão colmatadas pelo conhecimento que certamente sustentará e potenciará cuidados de enfermagem que se alicerçam na importância da identificação e satisfação das necessidades da família. Este percurso será certamente facilitador do estabelecimento da parceria com a família através do incentivo ao seu envolvimento, à sua participação e à negociação e tomada de decisão partilhada nos cuidados. O desenvolvimento de cuidados que tenham como foco os pais, as suas necessidades e que se orientem para o ensino de competências que permitam compreender os comportamentos do seu bebé e os cuidados a prestar com vista à promoção do seu desenvolvimento, será uma responsabilidade acrescida ao EEESCJ (OE, 2010a; OE, 2011a). Importam ainda competências de escuta ativa, quando os pais manifestam sentimentos de choque, raiva e sofrimento, e de promoção da parentalidade interrompida e vinculação influenciada pela necessidade de internamento dos seus filhos (Cleveland, 2008).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aldridge, M. D. (2009). Decreasing Parental Stress in the Pediatric Intensive Care Unit One Unit's Experience. *CriticalCareNurse*, 25 (6). 40-50.
- Altimier, L. & Phillips, R. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 13, 9-22. DOI: 10.1053/j.nainr.2012.12.002.
- Andrade, R. C., Marques, A. R., Leite A.C.A.B., Martimiano, R. R., Santos, B. D., Pan, R.... Nascimento, L. C. (2015). Necessidades dos pais de crianças hospitalizadas evidências para o cuidado. *Rev. Eletr. Enf*, 17 (2), 379-394. Acedido em 12/02/2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i2.30041>.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. (Edição Comemorativa). Coimbra: Quarteto Editora.
- Cleveland, L. M. (2008). Parenting in the Neonatal Intensive Care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nur*, 37 (6), 666-691. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2008.00288.x.
- Collière, M. F. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel.
- Curtis, K., Foster, K., Mitchell, R. & Van, C. (2016). Models of Care Delivery for Families of Critically Ill Children: An Integrative Review of International Literature. *Journal of Pediatric Nursing*, 31 (3), 330–341. Acedido em 15/01/2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2015.11.009>
- Foster, K., Young, A., Mitchell, R., Van, C. & Curtis, K. (2017). Experiences and needs of parents of critically injured children during the acute hospital phase: A qualitative investigation. *Injury, Int. J. Care Injured*, 48, 114–120. Acedido em 15/09/2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.injury.2016.09.034>
- Gibbs, G. (1988). *Learning by Doing: A guide to teaching and learning methods*. Oxford: Oxford Brookes University.

- Heinemann, A., Hellström-Westas, L. & Nyqvist, K. H. (2013). Factors affecting parents' presence with their extremely preterm infants in a neonatal intensive care room. *Acta pædiatrica*, 102 (7), 695-702. DOI: 10.1111/apa.12267.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital*. Loures: Lusociência.
- Kynø, N. M., Ravn, I. H., Smeby, N. A., Torgersen, A. M. & Gundersen, T. (2013). Parents of preterm-born children; sources of stress and worry and experiences with an early intervention programme - a qualitative study. *BMC Nursing*, 12 (28). Acedido em: 25/11/2017. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/12/28>.
- McGrath, J.M. (2013). Family: Essential Partner in Care. In C. Kenner & J. Lott (Eds.). *Comprehensive Neonatal Nursing Care*. (9ª ed.) (Cap.32, pp. 739-765). New York: Springer Publishing Company.
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (2011a). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. 1 (3). Ordem dos Enfermeiros.
- Romero, H. R. A. & Colmenares, S. M. R. (2015). Necesidades percibidas de atención por niños, cuidadores y enfermeros durante la hospitalización en una unidad de cuidado intensivo. *Investig Enferm. Imagen Desarr*, 17 (1), 113-130. DOI: 10.11144/Javeriana.IE17-1.npan.
- Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença e hospitalização. In M. Hockenberry, D. Wilson (Eds). *WONG, Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed.) (Vol. II, Cap.26. pp.1025-1060). Loures: Lusociência.
- Wheeler, H. J. (2005). The importance of parental support when caring for the acutely ill child. *Nursing in Critical Care*, 10 (2), 56-62. DOI: 10.1111/j.1362-1017.2005.00106.x.

Apêndice 9 - “Cuidados Centrados na Família numa Unidade de Cuidados Intensivos
Pediátricos” - Dossier temático



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DE LISBOA**

8º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

2º Ano - 1º Semestre

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**Dossier temático:
Cuidados Centrados na Família
numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos**

Ana Maria Jacinto Guerreiro

Docente Orientador: Professora Doutora Maria Teresa Magão

LISBOA

Novembro de 2017

LISTA DE ABREVIATURAS

CCF- Cuidados Centrados na Família

UCIP- Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	4
DOSSIER TEMÁTICO.....	6
- Documento 1 - <i>Family-centred care in the paediatric intensive care unit: an integrative review of the literature</i>	7
- Documento 2 - <i>Family-Centered Care in the Pediatric Intensive Care Unit..</i>	8
- Documento 3 - <i>Vivências de pais de crianças internadas na Unidade de Intensivos Pediátricos</i>	9
- Documento 4 - <i>Experiences and needs of parents of critically injured children during the acute hospital phase: A qualitative Investigation</i>	10
- Documento 5 - <i>Necesidades percibidas de atención por niños, cuidadores y enfermeros durante la hospitalización en una unidad de cuidado intensivo</i>	11
- Documento 6 - <i>Decreasing Parental Stress in the Pediatric Intensive Care Unit One Unit's Experience</i>	12
CONCLUSÃO	13
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	14

INTRODUÇÃO

A hospitalização constitui-se como uma situação difícil e assustadora para a criança, para o jovem e para a família, nomeadamente em situações de urgência (Barros, 2003) e de elevada gravidade clínica (Slota, 2013). A admissão de uma criança numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) é uma das experiências parentais mais stressantes de acordo com a diversa evidência. A incerteza do prognóstico, o risco de perda e a necessidade de realização de procedimentos geralmente dolorosos, desenvolve nos pais vários sentimentos de choque, culpa, desamparo, confusão, ansiedade, tristeza e raiva, decorrentes de alguns stressores inerentes ao internamento numa UCIP (Aldridge, 2005; Gomes, Trindade & Fidalgo, 2009; Slota, 2013; Kumar & Avabratha, 2015; Foster, Young, Mitchell, Van & Curtis, 2017).

O cuidado centrado na família (CCF) é fundamental para uma prática de cuidados de enfermagem holística, particularmente em cuidados intensivos, onde o impacto fisiológico e psicológico do internamento na família é enorme (Coombs et al., 2017). A prestação de cuidados de enfermagem na UCIP segundo a filosofia dos CCF será facilitadora da vivência da família neste contexto de stress, angústia e ansiedade (Sanders, 2014). O modelo de CCF vem reforçar a importância de integrar as necessidades, os desejos e os objetivos da criança, jovem e família na prestação de cuidados por parte do enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros - OE, 2015a), trabalhando conjuntamente, em parceria, negociação e partilha nos processos de tomada de decisão, para um objetivo comum (Casey, 1995) com vista a minimizar os efeitos negativos e potencializar os benefícios da hospitalização (Sanders, 2014). Contudo, ainda existem dificuldades na integração desta filosofia nos cuidados a crianças criticamente doentes (Curtis, Foster, Mitchell & Van, 2016). A compreensão das respostas, da experiência de doença, das necessidades e prioridades da criança, jovem e família perante a hospitalização, são fundamentais para a implementação de intervenções que sejam facilitadoras da vivência do processo de hospitalização e para o desenvolvimento de uma parceria de cuidados, que é um elemento central da filosofia de CCF (Ferreira, Melo, Reis & Mello, 2010; Ball, Bindler & Cowen, 2014). Neste sentido, importa ter presente que a parceria com a família nos cuidados à criança em situação crítica internada numa UCIP, pode desenvolver pressão e stress

associado à necessidade de tomada de decisão, por vezes difícil, sobre o tratamento do seu filho (Foster et al., 2017).

A UCIP tem sido reconhecida como um contexto potenciador de stress e de elevada carga emocional (Aldridge, 2005; Slota, 2013; Romero & Colmenares, 2015; Kumar & Avabratha, 2015) no qual são geralmente priorizados cuidados mais direcionados para a gestão de lesões e doenças com risco de vida para a criança, ficando para segundo plano as questões relacionadas com as necessidades, emoções, inseguranças e dúvidas dos pais (Andrade et al., 2015). O diagnóstico das necessidades da família deverá constituir o primeiro passo para o processo de cuidados e para a adequação do mesmo (International Council of Nurses - ICN, 2011). Contudo, o reconhecimento, a identificação e a satisfação das necessidades da família (Andrade et al., 2015) pode ser dificultado pelo distanciamento, a ansiedade e o stress que o internamento numa UCIP pode desenvolver. Embora exista alguma evidência relacionada com as necessidades dos pais da criança em situação crítica hospitalizada na UCIP (Noyes, 1999; Romero & Colmenares, 2015), há alguma lacuna sobre a vivência deste processo pela família e sobre a intervenção relacionada com o apoio aos pais da criança gravemente doente (Aldridge, 2005; Curtis et al., 2016; Foster et al., 2017)

O presente trabalho surge no âmbito do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, inserido na unidade curricular de estágio com relatório. A sua elaboração pretende promover a reflexão dos enfermeiros sobre a importância da implementação de modelos de cuidados baseados numa filosofia de CCF que tenha como principal enfoque a vivência e as necessidades da família da criança em situação crítica internada numa UCIP. O dossier temático é constituído por uma breve introdução que visa justificar a pertinência da temática, seguida da apresentação de um conjunto de artigos científicos relevantes relacionados com a importância da filosofia dos CCF na UCIP com foco na vivência e nas necessidades da família neste contexto. Cada artigo será precedido de um resumo e de uma opinião sobre a sua pertinência para o objetivo deste dossier temático.

DOSSIER TEMÁTICO

Documento 1 - *Family-centred care in the paediatric intensive care unit: an integrative review of the literature*

Butler, A., Copnell, B. & Willetts, G. (2013). Family-centred care in the paediatric intensive care unit: an integrative review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 2086–2100. DOI: 10.1111/jocn.12498.

Resumo:

O CCF é atualmente um conceito central na enfermagem pediátrica assentando na premissa de que as famílias são fundamentais para o bem-estar da criança e devem ser envolvidas na prestação de cuidados. Devido às características das UCIP, a implementação dos CCF nestes contextos pode ser desafiadora e a sua manutenção dificultada.

O objetivo deste artigo foi examinar a pesquisa existente sobre os CCF no contexto da UCIP e identificar lacunas na literatura.

A metodologia assentou numa revisão integrativa da literatura que teve como PICO (mnemónica para a elaboração da questão de investigação – P- População, I- Fenómeno de interesse, Co-Contexto), qualquer unidade de cuidados intensivos ou de terapia intensiva, que prestasse cuidados a crianças menores de 18 anos.

Os resultados decorrentes de 16 estudos incluídos na revisão demonstraram que a implementação de CCF num contexto de UCIP teve várias barreiras e desafios, entre os quais a discrepância entre a perceção dos enfermeiros e dos pais dos seus respetivos papéis, a relutância da equipa médica para partilhar informações potencialmente negativas, a restrição à presença da família e a pouca compreensão das suas necessidades. Este artigo de revisão realça o CCF em quatro importantes dimensões, nomeadamente o papel do enfermeiro e da família, a presença da família, a partilha de informações e as necessidades da família.

As principais conclusões deste estudo relacionam-se com a importância da implementação de CCF nos contextos de UCIP, para a qual os enfermeiros desempenham um relevante papel para a sua efetivação, devido à sua posição privilegiada na equipa multidisciplinar proximidade, que poderá facilitar o estabelecimento da relação com a família, o incentivo à partilha de informações e o assegurar da presença da família sempre que esta assim o deseje.

Este é um artigo interessante para promover a reflexão em torno dos CCF, através da clarificação de algumas das dimensões que o sustentam. Além disso, o presente artigo contribui ainda para reforçar a importância dos CCF enquanto alicerce fundamental da prestação de cuidados de enfermagem mesmo em contextos de elevada complexidade como é o caso da UCIP.

Documento 2 - *Family-Centered Care in the Pediatric Intensive Care Unit*

Meert, K. L., Clark, J. & Eggly, S. (2013). Family-Centered Care in the Pediatric Intensive Care Unit. *Pediatr Clin North Am*, 60 (3), 761–772. DOI: 10.1016/j.pcl.2013.02.011.

Resumo:

Este artigo contextualiza algumas das formas de operacionalização dos CCF em contextos de UCIP, nomeadamente no que concerne às visitas da família, às passagens de turno centradas na família, à presença da família durante procedimentos invasivos e de ressuscitação cardiorrespiratória e às reuniões multidisciplinares com a família.

A comunicação é o processo ideal através do qual os CCF se desenvolvem e implementam no contexto da prática numa UCIP. As principais componentes da comunicação centrada na pessoa relacionam-se com a abordagem da perspetiva do paciente e da família, com a sua compreensão inserida num contexto psicossocial, com o seu envolvimento e participação nos cuidados de acordo com o seu desejo para tal e com a tomada de decisão baseada na evidência e adequada aos valores do paciente e da família.

Este é um artigo, tal como o anterior, que reforça a importância da prestação de cuidados numa UCIP ser alicerçada na filosofia dos CCF, clarificando, historicamente e de acordo com a evidência, quatro das principais realidades inerentes à sua implementação neste contexto.

Documento 3 - Vivências de pais de crianças internadas na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

Gomes, C. G.; Trindade, G. P. G. & ; Fidalgo, J. M. A. (2009). Vivências de pais de crianças internadas na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Pediátrico de Coimbra. *Referência - Revista de Enfermagem*, II (11), 105-116. Acedido em: 06/10/2017. Disponível em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239958013>.

Resumo:

A prestação de cuidados de enfermagem a crianças gravemente doentes implica o envolvimento dos seus pais em parceria, emergindo a necessidade de conhecer e compreender os seus sentimentos e atitudes, de forma holística e sem juízos de valor, com vista a desenvolver intervenções promotoras da redução da ansiedade, medo, fantasias e rejeição dos pais em relação aos filhos. Da experiência prática dos autores surgiu assim a inquietação e a necessidade de conhecer as vivências de pais de crianças internadas no seu serviço.

O objetivo do estudo foi conhecer as vivências de pais de crianças internadas na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Pediátrico de Coimbra nomeadamente perceber as reações e sentimentos dos pais face ao internamento do seu filho, conhecer as estratégias que os pais adotam para ultrapassar as dificuldades sentidas e conhecer a perceção dos pais sobre o acompanhamento do filho durante o internamento. O estudo foi qualitativo de carácter exploratório/descritivo, através da entrevista como instrumento de colheita de dados, com posterior análise de conteúdo segundo Manen (1990). A amostra foi constituída por 7 pais de crianças internadas na UCI do referido hospital.

As principais conclusões revelam sentimentos de angústia nos pais relacionados com o tempo e a falta de informação no momento do acolhimento e de desespero, revolta, tristeza, preocupação e culpa no decorrer do internamento. As dificuldades relacionam-se com as técnicas invasivas, o equipamento, o ambiente e com os aspetos familiares, laborais e condições de alojamento. Os pais identificam a sua fonte de apoio no cônjuge e nos enfermeiros, tendo a restrição de visitas na unidade influenciado o apoio dos familiares e amigos. As estratégias de *coping* utilizadas foram o recurso à espiritualidade, o apoio familiar e o contacto com outros pais.

A pertinência deste artigo para o dossier temático reside no facto de, antes de mais, representar um estudo realizado sobre as vivências da família da criança internada numa UCIP em Portugal, retratando uma realidade portuguesa. Através de um quadro desenvolvido pelos autores que resume as principais vivências dos pais, é possível compreender a experiência dos pais da criança hospitalizada em situação crítica, nomeadamente as reações e sentimentos dos pais, as estratégias para ultrapassar as dificuldades sentidas, a perceção dos pais sobre a importância do acompanhamento ao filho e o ambiente comunicacional humanizado com foco na informação e comunicação, com vista a desenvolver cuidados de enfermagem de qualidade.

Documento 4 - Experiences and needs of parents of critically injured children during the acute hospital phase: A qualitative investigation

Foster, K., Young, A., Mitchell, R., Van, C. & Curtis, K. (2017). Experiences and needs of parents of critically injured children during the acute hospital phase: A qualitative investigation. *Injury, Int. J. Care Injured*. 48, 114–120. Acedido em 15/09/2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.injury.2016.09.034>.

Resumo:

Os pais das crianças em situação crítica são geralmente assolados pelo medo e preocupação com a sobrevivência do seu filho, apresentando maior risco de desenvolver perturbações psicológicas e emocionais. Contudo, no contexto australiano, onde decorreu o estudo, existe uma lacuna na evidência sobre as experiências parentais e as suas necessidades de suporte.

O objetivo foi investigar as experiências dos pais de crianças gravemente doentes dos 0 aos 13 anos durante a fase de hospitalização aguda e identificar as necessidades dos pais, assim como os fatores que contribuem para a sua satisfação. Este estudo desenvolveu-se através da realização de entrevistas semi-estruturadas a quarenta pais, com posterior análise de conteúdo das mesmas.

As suas principais conclusões relacionam-se com a necessidade de intervenção antecipatória, nomeadamente a nível psicológico, baseada numa filosofia de CCF e de parceria, desde a admissão hospitalar aos pais da criança em situação crítica, com vista a minimização da possibilidade deste se constituir como um evento traumático, relacionado com a culpabilização atribuída pelos pais a si mesmos.

O presente artigo fornece um importante contributo para a compreensão da experiência dos pais da criança hospitalizada em situação crítica. Os autores desenvolveram um quadro que resume os principais fatores que condicionam a sua vivência, baseado nos resultados do seu estudo, que poderá sustentar o conhecimento dos enfermeiros e o desenvolvimento de intervenções mais adequadas às necessidades de apoio da família.

Documento 5 - Necesidades percibidas de atención por niños, cuidadores y enfermeros durante la hospitalización en una unidad de cuidado intensivo

Romero, H. R. A. & Colmenares, S. M. R. (2015). Necesidades percibidas de atención por niños, cuidadores y enfermeros durante la hospitalización en una unidad de cuidado intensivo. *Investig Enferm. Imagen Desarr*, 17 (1), 113-130. DOI: 10.11144/Javeriana.IE17-1.npan

Resumo:

O internamento numa UCIP gera diferentes sentimentos e necessidades na criança assim como nos seus cuidadores, geralmente os pais, mas também nos profissionais de saúde. A experiência inicial do internamento provoca maior stress para a família do que para a própria criança. As necessidades básicas da família ficam para segundo plano (pouco descanso, alimentação inadequada, abandono ou excesso de trabalho). A vulnerabilidade, tanto física como emocional, da criança e família numa UCIP requer intervenções de enfermagem de apoio que sejam adequadas às suas necessidades para melhorar a vivência deste processo geralmente difícil.

O objetivo deste estudo foi identificar as necessidades de crianças e jovens entre 8 e 18 anos de idade, dos seus cuidadores e as dos enfermeiros, durante a hospitalização numa UCIP e saber quais os fatores que influenciaram a sua satisfação.

O estudo, quantitativo, teve um desenho descritivo de corte transversal, desenvolvendo-se através de um questionário *Critical Care Family Needs Inventory* (CCFNI), aplicado a uma amostra de 60 participantes: 20 crianças (sexo feminino e masculino), 20 cuidadores e 20 enfermeiros.

Foram identificadas diversas necessidades entre as quais as de comunicação, suporte, segurança, proximidade e conforto. Para os cuidadores e enfermeiros as necessidades mais frequentes estiveram relacionadas com a dimensão de segurança e comunicação, enquanto que, para as crianças, as mais significativas, focaram-se no suporte e apoio.

As conclusões deste estudo realçam a importância de identificar as principais necessidades tanto da criança como da família, com vista a desenvolver cuidados de enfermagem holísticos e minimizar o stress inerente aos aspetos contemplados nas dimensões da segurança, suporte e apoio.

Este artigo, ao identificar as principais necessidades da criança, família e enfermeiros numa UCIP, contribui para o desenvolvimento do conhecimento em torno das mesmas, que poderá ser essencial para assegurar intervenções que visem a sua satisfação e promovam práticas de cuidados em parceria e norteadas por uma filosofia de CCF.

Documento 6- *Decreasing Parental Stress in the Pediatric Intensive Care Unit One Unit's Experience*

Aldridge, M. D. (2005). *Decreasing Parental Stress in the Pediatric Intensive Care Unit One Unit's Experience. CriticalCareNurse, 25 (6). 40-50.*

Resumo:

A admissão de uma criança na UCIP pode ser um dos eventos mais stressantes para os pais, com intensas emoções e sentimentos de ansiedade, tristeza e raiva, relacionados com a incerteza do prognóstico, com a realização de procedimentos geralmente dolorosos, entre outros.

Desta forma, é fundamental compreender as necessidades e os stressores parentais inerentes ao internamento de um filho numa UCIP com vista a desenvolver intervenções adequadas e o apoio necessário para facilitar a vivência do mesmo.

Os enfermeiros e os pais têm diferentes perceções sobre os stressores inerentes ao internamento de um filho numa UCIP. A evidência consultada por este autor revelou existir uma discrepância na perceção de enfermeiros e pais quanto à adequação de intervenções para satisfação das necessidades e redução do stress parental.

O objetivo deste artigo foca-se na partilha do conhecimento sobre as necessidades e stressores mais comuns dos pais na UCIP e as intervenções que podem diminuir o stress parental.

Para tal, o autor desenvolveu um quadro resumo com as necessidades identificadas na diversa evidência consultada que alicerçaram a elaboração de um algoritmo de intervenção cujo conteúdo é descrito ao longo do artigo, mobilizando estudos específicos que apoiam as intervenções delineadas.

O algoritmo de orientação para as intervenções que diminuem o stress parental na UCIP, desenvolve-se a partir de uma avaliação inicial da família e são divididas em quatro grandes categorias: fornecimento de informações, promoção do papel parental, desenvolvimento de confiança e o estabelecimento de apoio.

O artigo é finalizado com uma caracterização da implementação na UCIP onde o autor exercia funções, associado a uma partilha de constrangimentos e dificuldades sentidas associadas ao processo de mudança.

Este artigo fornece um vasto conhecimento sobre as principais necessidades e stressores dos pais da criança internada numa UCIP. Para além disso, colmata uma lacuna existente na evidência, relacionada com as intervenções direcionadas para a minimização do stress parental, através da elaboração de um algoritmo que se poderá constituir como um importante instrumento para assegurar práticas de cuidados alicerçados numa filosofia de CCF e melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem à família da criança admitida numa UCIP.

CONCLUSÕES

A admissão de uma criança ou jovem em situação crítica numa UCIP provoca stress, medo e angústia na sua família relacionados com a sua vulnerabilidade física e emocional e com a alteração súbita de serem pais de uma criança saudável para uma gravemente doente (Kumar & Avabratha, 2015).

A evidência tem demonstrado que a prestação de cuidados de enfermagem a crianças em situação crítica admitidas numa UCIP deverá assentar numa filosofia de CCF e parceria, através do envolvimento, negociação e partilha na tomada de decisão (Slota, 2013; Kumar & Avabratha, 2015; Curtis et al, 2016). Os CCF promovem a redução da ansiedade parental, o aumento da satisfação dos pais nos cuidados prestados e uma melhor comunicação entre pais e profissionais de saúde (Aldridge, 2005; Meert, Clark & Eggly, 2013; Slota, 2013; Curtis et al., 2016; Foster et al., 2017). A compreensão das necessidades e vivência da família da criança internada numa UCIP constitui-se como um elemento fulcral para implementação efetiva de CCF e para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem nestes contextos de enorme complexidade.

Espera-se que este dossier temático se possa constituir como uma ferramenta potenciadora da reflexão na equipa de enfermagem em torno das vivências e necessidades da família e que contribua para assegurar práticas baseadas na evidência e alicerçadas nos princípios inerentes aos CCF.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aldridge, M. D. (2005). Decreasing Parental Stress in the Pediatric Intensive Care Unit One Unit's Experience. *CriticalCareNurse*, 25 (6). 40-50.
- Andrade, R. C., Marques, A. R., Leite A.C.A.B., Martimiano, R. R., Santos, B. D., Pan, R.... Nascimento, L. C. (2015). Necessidades dos pais de crianças hospitalizadas evidências para o cuidado. *Rev. Eletr. Enf*, 17 (2), 379-394. Acedido em 12/02/2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i2.30041>.
- Ball, J., Bindler, R. & Cowen, K. (2014). *Child health nursing. Partnering with children and families*. (2ª ed.). Harlow: Pearson.
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica: perspectiva desenvolvimentalista*. (2ª ed). Lisboa: Climepsi.
- Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 1058-1062. DOI: 10.1111/j.1365-2648.1995.tb03105.x.
- Coombs, M., Puntillo, K. A., Franck, L., Scruth, E. A., Harvey, M.A., Swoboda , S. M. & Davidson, J. M. (2017). Implementing the SCCM Family-Centered Care Guidelines in Critical Care Nursing Practice. *AACN Adv Crit Care*, 28 (2), 138-147. Acedido em 25/11/2017. Disponível em: <https://doi.org/10.4037/aacnacc2017766>.
- Curtis, K., Foster, K., Mitchell, R. & Van, C. (2016). Models of Care Delivery for Families of Critically Ill Children: An Integrative Review of International Literature. *Journal of Pediatric Nursing*, 31 (3), 330–341. Acedido em 15/01/2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2015.11.009>
- Ferreira, P. L., Melo, E., Reis, G. & Mello, D. F. (2010). Validação e análise da precisão da versão em português do Needs of Parents Questionnaire. *Jornal de Pediatria*, 86 (3), 221-227. Acedido em: 12/02/2017. DOI:10.2223/JPED.2001

- Foster, K., Young, A., Mitchell, R., Van, C. & Curtis, K. (2017). Experiences and needs of parents of critically injured children during the acute hospital phase: A qualitative investigation. *Injury, Int. J. Care Injured*, 48, 114–120. Acedido em 15/09/2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.injury.2016.09.034>.
- Gomes, C. G.; Trindade, G. P. G. & ; Fidalgo, J. M. A. (2009). Vivências de pais de crianças internadas na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Pediátrico de Coimbra. *Referência - Revista de Enfermagem*, II (11), 105-116. Acedido em: 06/10/2017. Disponível em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239958013>.
- International Council of Nurses (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE® versão 2*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Kumar, B. S. & Avabratha, K. S. (2015). Parental stress: a study from a pediatric intensive care unit in Mangalore. *Int J Contemp Pediatr*, 2 (4), 401-405. Acedido em: 28/10/2017. Disponível em <http://dx.doi.org/10.18203/2349-3291.ijcp20150983>.
- Meert, K. L., Clark, J. & Eggly, S. (2013). Family-Centered Care in the Pediatric Intensive Care Unit. *Pediatr Clin North Am*, 60 (3), 761–772. DOI: 10.1016/j.pcl.2013.02.011.
- Ordem dos Enfermeiros - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (2015). *Guia Orientador de Boa Prática: Adaptação á parentalidade durante a hospitalização*. Série 1 (8). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Noyes, J. (1999). The impact of knowing your child is critically ill: a qualitative study of mothers' experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (2), 427-435. DOI: 10.1046/j.1365-2648.1999.00906.x.
- Romero, H. R. A. & Colmenares, S. M. R. (2015). Necesidades percibidas de atención por niños, cuidadores y enfermeros durante la hospitalización en una unidad de cuidado intensivo. *Investig Enferm. Imagen Desarr*, 17 (1), 113-130. DOI: 10.11144/Javeriana.IE17-1.npan.
- Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em Situações de doença e hospitalização. In M. Hockenberry, D. Wilson (Eds). *WONG, Enfermagem da*

criança e do adolescente. (9ª ed.) (Vol. II, cap. 26. pp. 1025-1060). Loures: Lusociência.

Slota, M. C. (2013). Psychosocial Aspects of Pediatric Critical Care. In. M.F. Hazinski. *Nursing Care of The Critically Ill Child*. (3ª ed.) (Cap. 2. pp. 19-49). United States of America: Elsevier Mosby.

Apêndice 10 – “Necessidades de informação da família da criança hospitalizada em situação crítica: protocolo de revisão *scoping*” - Comunicação livre apresentada na II Reunião de Enfermagem de Cuidados Intensivos Pediátricos

II REUNIÃO DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS



NECESSIDADES DE INFORMAÇÃO DA FAMÍLIA DA CRIANÇA HOSPITALIZADA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: PROTOCOLO DE REVISÃO SCOPING

Ana Guerreiro

Estudante do 8º Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da ESEL
Enf.ª do SUP do HGO, E.P.E.

Maria Teresa Magão

Prof.ª Coordenadora na ESEL
Doutorada em Enfermagem

Lisboa

24 de Novembro de 2017



SUMÁRIO

- Revisão Scoping
- Desenvolvimento do protocolo
- Conclusão

II Reunião de Enfermagem em
Cuidados Intensivos
Pediátricos

Lisboa

24 de Novembro de 2017

2

Ana Guerreiro
Maria Teresa Magão

REVISÃO SCOPING

- identificar e mapear os principais conceitos subjacentes a uma área de pesquisa;
- identificar lacunas na evidência;
- esclarecer conceitos-chave;
- determinar a extensão da evidência disponível sobre uma determinada temática e a forma como a pesquisa foi realizada.



- Protocolo
- P (população), C (conceito), C (contexto)
- Título, objetivo e questão
- Background
- Critérios de inclusão
- Estratégia de pesquisa
- Resultados

(Joanna Briggs Institute, 2015)

Lisboa

24 de Novembro de 2017

3

II Reunião de Enfermagem em
Cuidados Intensivos
Pediátricos

Ana Guerreiro
Maria Teresa Magão

DESENVOLVIMENTO DO PROTOCOLO

❖ Objetivos / Questão da revisão

- Explorar e mapear a evidência sobre as necessidades de informação da família da criança hospitalizada em situação crítica.
 - Quais as necessidades de informação da família da criança hospitalizada em situação crítica?
 - Que tipos de informações a família procura?
 - Que tipos de informações a família recebe?
 - Quais os momentos para fornecer informações à família?

❖ Palavras Chave

Cuidados Centrados na Família; Necessidades de informação; Família; Criança; Situação Crítica.

II Reunião de Enfermagem em Cuidados Intensivos Pediátricos

Lisboa

Ana Guerreiro

Maria Teresa Magão

4

24 de Novembro de 2017

❖ Background

▪ Criança

- ✓ todo o ser humano desde o seu nascimento até aos dezoito anos.
(Direção-Geral da Saúde, 2013)

▪ Criança em situação crítica

- ✓ aquela que apresenta sinais de instabilidade nos sistemas vitais do organismo com risco iminente de morte...
(Melo, Ferreira, Vasconcellos, Gresta, Silva & Ferri, 2011)
... associado a qualquer problema grave da via aérea, respiração, circulação ou deterioração aguda do estado de consciência.
(WHO, 2016)

II Reunião de Enfermagem em Cuidados Intensivos Pediátricos

Lisboa

Ana Guerreiro

Maria Teresa Magão

5

24 de Novembro de 2017

❖ Background

▪ Família

- ✓ conjunto de pessoas que têm a responsabilidade de cuidar da criança, através do compromisso e diferentes papéis que visam contribuir para o seu crescimento e desenvolvimento...
(Hockenberry, 2014)
- ✓ os pais são os responsáveis pela maioria dos cuidados prestados mas não se exclui a importância de outras pessoas significativas ou dos prestadores informais de cuidados.
(OE, 2011)

II Reunião de Enfermagem em Cuidados Intensivos Pediátricos

Lisboa

Ana Guerreiro

Maria Teresa Magão

6

24 de Novembro de 2017

❖ Background

▪ Hospitalização

... experiência difícil e complexa...

(Sanders, 2014)

... sentimentos de choque, culpa, desamparo e confusão...

(Slota, 2013)

... uma das experiências parentais mais stressantes...

(Slota, 2013)

... decorrente da perda súbita de uma criança saudável para uma criança gravemente doente.

(Noyes, 1999)

Lisboa

24 de Novembro de 2017

II Reunião de Enfermagem em
Cuidados Intensivos
Pediátricos

Ana Guerreiro

Maria Teresa Magão

7

❖ Background

▪ Cuidados Centrados na Família (CCF)

... são um dos quadros de referência da enfermagem pediátrica, assentes na premissa de que a mesma é uma constante na vida da criança.

(Hockenberry & Barrera, 2014)

... os pais devem ser incentivados a participar nos cuidados prestados em todos os níveis de atendimento hospitalar.

(Mekitarian & Ângelo, 2015)

... existem dificuldades na integração dos pais nos cuidados a crianças criticamente doentes.

(Curtis, Foster, Mitchell & Van, 2016)

Lisboa

24 de Novembro de 2017

II Reunião de Enfermagem em
Cuidados Intensivos
Pediátricos

Ana Guerreiro

Maria Teresa Magão

8

❖ Background

▪ Cuidados Centrados na Família (CCF)

... os pais desejam ver respeitada a sua experiência para cuidar do filho, partilhar responsabilidades, sentirem que confiam em si enquanto pais e receberem ajuda e informação.

(Nelas, Melo, Reis, Apóstolo, Carvalho & Silva, 2015)

... a informação é um fator importante na vivência da hospitalização.

(Kirk, Glendinning & Callery, 2005)

Lisboa

24 de Novembro de 2017

II Reunião de Enfermagem em
Cuidados Intensivos
Pediátricos

Ana Guerreiro

Maria Teresa Magão

9

❖ Background

▪ Informação

- ✓ a informação é um dos pilares fundamentais dos CCF.
(Institute for Patient and Family Centered Care, 2017)
- ✓ um direito da criança hospitalizada.
(Instituto de Apoio à Criança, 2003)
- ✓ um dever inerente ao exercício profissional do enfermeiro (artigo 84º) do Código Deontológico.
(Ordem dos Enfermeiros, 2015)
- ✓ as necessidades de informação são as consideradas como mais importantes pelos pais.
(Romero & Colmenares, 2015; Andrade et al., 2015)
- ✓ os pais revelam lacunas ou omissão de informações e desencontro entre as necessidades de informação e a sua satisfação.
(Sabatés & Borba, 2005)

Lisboa

24 de Novembro de 2017

10

II Reunião de Enfermagem em
Cuidados Intensivos
Pediátricos

Ana Guerreiro

Maria Teresa Magão

❖ Critérios de Inclusão

▪ Tipos de participantes

- Família da criança hospitalizada em situação crítica.

▪ Conceito

- Necessidades de informação da família da criança hospitalizada em situação crítica, com foco no tipo de informação que os pais procuram, no tipo de informação que recebem e no momento ideal para fornecer informações.

▪ Contexto

- Qualquer contexto de prestação de cuidados de saúde à criança em situação crítica a nível hospitalar.

▪ Tipos de fontes de informação

- Estudos primários de investigação, quantitativos e qualitativos, revisões sistemáticas da literatura e literatura cinzenta

Lisboa

24 de Novembro de 2017

11

II Reunião de Enfermagem em
Cuidados Intensivos
Pediátricos

Ana Guerreiro

Maria Teresa Magão

❖ Estratégia de pesquisa

▪ Bases de dados

MEDLINE, CINAHL, JBI e COCHRANE

▪ Estudos não publicados

Open Grey (System for Information on Grey Literature in Europe); Academic Search Complete; Google Scholar; ResearchGate; Repositórios Nacionais de Teses (RCAAP); Repositórios Internacionais de Teses (CORE...)

▪ Termos de Indexação

CINAHL: family; nuclear family; parents; caregivers; infant, hospitalized; child, hospitalized; adolescent, hospitalized; information needs; needs assessment; critical care.

MEDLINE: family; parents; nuclear family; caregivers; infant; child; preschool, child; adolescent; hospitalization; needs assessment; critical care

Lisboa

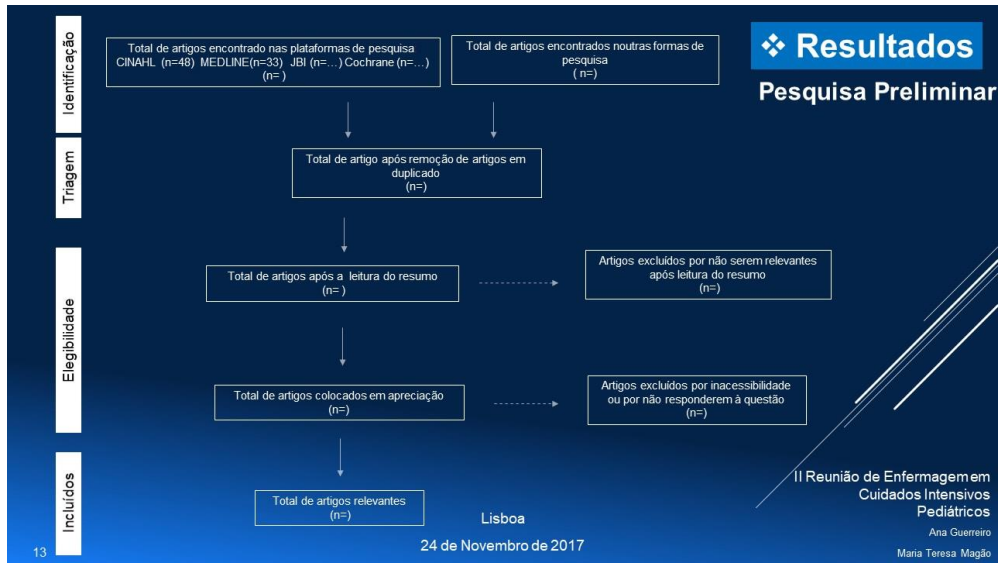
24 de Novembro de 2017

12

II Reunião de Enfermagem em
Cuidados Intensivos
Pediátricos

Ana Guerreiro

Maria Teresa Magão

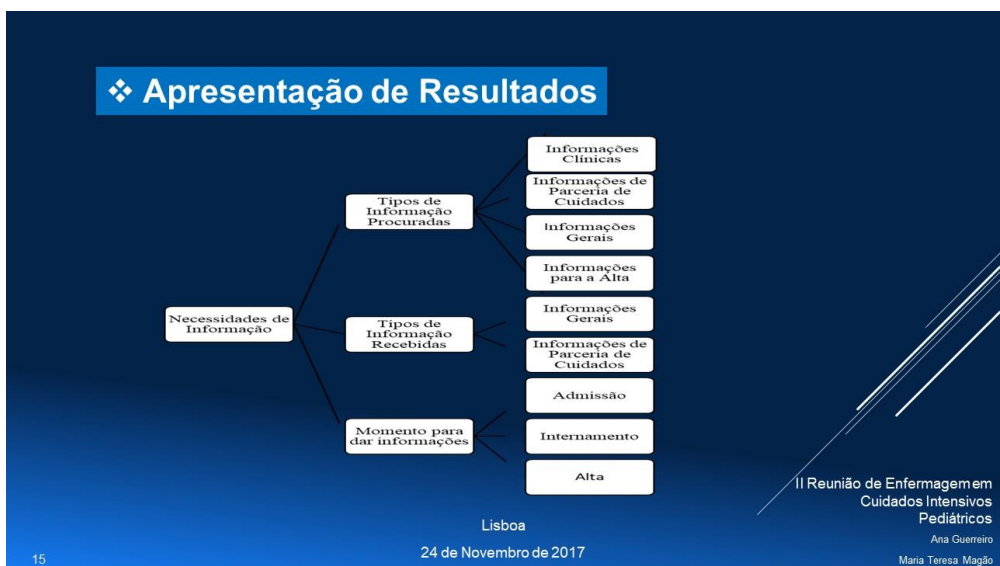


❖ Extração de resultados

Autores	
Ano de publicação	
Objetivos	
População em estudo e tamanho da amostra (se aplicável)	
Metodologia/métodos	
Intervenção- tipo, recursos, local (se aplicável)	
Duração da intervenção (se aplicável)	
Resultados principais	
Conclusões relevantes	

Lisboa
24 de Novembro de 2017

II Reunião de Enfermagem em Cuidados Intensivos Pediátricos
Ana Guerreiro
Maria Teresa Magão



CONCLUSÃO

... lacuna na evidência disponível sobre as necessidades de informação em contextos de hospitalização da criança em situação crítica...

... as necessidades de informação constituem-se como alicerces fundamentais para assegurar CCF...

... as necessidades de informação são das consideradas mais importantes pelos pais...

... o conhecimento das tipologias e conteúdos das necessidades de informação da família da criança em situação crítica poderão basear os sistemas de apoio à decisão.

Lisboa

24 de Novembro de 2017

16

II Reunião de Enfermagem em Cuidados Intensivos Pediátricos

Ana Guerreiro

Maria Teresa Magão

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, R. C., Marques, A. R., Leite A.C.A.B., Martimiano, R. R., Santos, B. D., Pan, R., Nascimento, L. C. (2015). Necessidades dos pais de crianças hospitalizadas evidências para o cuidado. *Rev. Eletr. Enf.*, 17 (2), 379-394. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i2.30041>.
- Biggs, J. (2015). *JBI_Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews*. pp. 1-24.
- Curtis, K., Foster, K., Mitchell, R. & Van, C. (2016). Models of Care Delivery for Families of Critically Ill Children: An Integrative Review of International Literature. *Journal of Pediatric Nursing*, 31 (3), 330-341. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2015.11.009>.
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Circular Normativa da Direção-Geral da Saúde nº010/2013*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>.
- Hockenberry, M. (2014). A Influência da Família na Promoção da Saúde da Criança. In M. Hockenberry, D. Wilson (Eds). *WONG, Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed.) (Vol. I, cap.3, pp.49-71). Loures: Lusociência.
- Hockenberry, M. & Barrera, P. (2014). Perspectivas de enfermagem pediátrica. In M. Hockenberry, D. Wilson (Eds). *WONG, Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed.) (Vol. I, cap.1, pp.1-20). Loures: Lusociência.
- Instituto de Apoio à Criança (2008). *Carta da Criança Hospitalizada*. 4ª edição. Lisboa: IAC.
- Institute for Patient and Family Centered Care (2017). *Advancing the practice of patient and family centered care in hospitals*. Bethesda: IPFCC. Acessado em 25/05/2017. Disponível em: http://www.ipfcc.org/resources/getting_started.pdf
- Kirk, S., Glendinning, C. & Callery, P. (2005). Parent or nurse? The experience of being the parent of a technology-dependent child. *Journal of Advanced Nursing*, 51 (5), 456-464. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2005.03522.x
- Mekitarian, F. F. P. & Ângelo, M. (2015). Family's presence in the pediatric emergency room: Opinion of health's professionals. *Revista Paulista de Pediatria*, 33 (4), 460-466. DOI: 10.1016/j.rpped.2015.03.010

Lisboa

24 de Novembro de 2017

17

II Reunião de Enfermagem em Cuidados Intensivos Pediátricos

Ana Guerreiro

Maria Teresa Magão

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Melo, M. C., Ferreira, A. R., Vasconcelos, M. C., Gresta, M. M., Silva, N. L. C. & Ferri, P.M. (2011). Novas recomendações para o atendimento ao paciente pediátrico gravemente enfermo. *Revista Médica de Minas Gerais*, 21, 12-21.
- Nelas, J. C., Melo, E., Reis, G., Apóstolo, J., Carvalho, M. & Silva, L. (2015) *Guia Orientador de Boa Prática: Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Série 1 (8). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Noyes, J. (1999). The impact of knowing your child is critically ill: a qualitative study of mothers' experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (2), 427-435.
- Ordem dos Enfermeiros - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. 1 (3). Lisboa: Ordem Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros - Conselho Jurisdicional (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ_Deontologia_2015_Web.pdf.
- Romero, H. R. A. & Colmenares, S. M. R. (2015). Necesidades percibidas de atención por niños, cuidadores y enfermeros durante la hospitalización en una unidad de cuidado intensivo. *Investig. Enferm. Imagen Desarr*, 17 (1), 113-130. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.IE17-1.npan>.
- Sabatés, A. L. & Borba, R. I. H. (2005). As informações recebidas pelos pais durante a hospitalização do filho. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13 (6), 968-973. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae
- Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em Situações de doença e hospitalização. In M. Hockenberry, D. Wilson (Eds). *WONG, Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed.) Vol. II, cap.26, pp.1025-1060. Loures: Lusociência.
- Slota, M. C. (2013). Psychosocial Aspects of Pediatric Critical Care. In. M.F. Hazinski. *Nursing Care of The Critically Ill Child*. (3ª ed.). (Cap. 2, pp. 19-49). United States of America: Elsevier Mosby.
- World Health Organization (2016). *Updated guideline: paediatric emergency triage, assessment and treatment*. Geneva: World Health Organization.

Lisboa

24 de Novembro de 2017

18

II Reunião de Enfermagem em Cuidados Intensivos Pediátricos

Ana Guerreiro

Maria Teresa Magão

Apêndice 11 - Intervenção dos enfermeiros no apoio fornecido à família na sala de reanimação - Guião de observação

Apoio fornecido à família na sala de reanimação

- Guião de observação -

Tendo em consideração a curta permanência no serviço de Urgência Pediátrica referente a este contexto de estágio, optou-se por sistematizar esta experiência com base na metodologia de observação participante, para a qual foi importante a elaboração de um guião de observação que visasse uniformizar a mesma e potenciar os eventuais contributos para o posterior desenvolvimento do projeto no meu local de trabalho. Para o efeito desenvolveu-se este instrumento de trabalho com vista a facilitar e otimizar a observação de experiências enriquecedoras inerentes à temática do projeto em simultâneo com o atingir dos objetivos previstos para este local de estágio. A sua construção teve por base conhecimentos prévios decorrentes da evidência consultada e algumas das questões, preconizadas por Carmo & Ferreira (1998, p. 98), nomeadamente:

Observar o quê? Que instrumentos se deverão utilizar para registar as observações efetuadas? Que técnica de observação escolher? No caso de opção pela observação participante que papel assumir, como observatório, e qual o grau de envolvimento a manter com o objeto de estudo? Que questões deontológicas terá de gerir? Que dificuldades particulares antevê no processo de observação e como pensa ultrapassá-las?

O recurso a um bloco de notas é fundamental para a recolha imediata de informação que deve ser incluída sob a forma de tópicos e breves apontamentos uma vez que serve de apoio memorial para registar informações mais pormenorizadas resultantes da observação (Carmo & Ferreira, 1998).

Guião de observação

Organização e Funcionamento da Equipa de enfermagem		
Observação	Informação recolhida	Análise
<ul style="list-style-type: none">• Distribuição prévia dos enfermeiros para a sala de reanimação <p>- Existência de norma?</p>		
<ul style="list-style-type: none">• N^o de enfermeiros presentes na sala de reanimação		

<ul style="list-style-type: none"> • Existência de um profissional previamente definido para a função de apoio à família? 		
Apoio fornecido à família na sala de reanimação		
Observação	Informação Recolhida	Análise
<ul style="list-style-type: none"> • Presença da família na sala de reanimação - Incentivada? - Quem está presente? 		
<ul style="list-style-type: none"> • Existência de um profissional de saúde junto da família - Qual a sua categoria profissional? 		
<ul style="list-style-type: none"> • Estratégias facilitadoras da satisfação das necessidades da família (comunicação, envolvimento dos pais, fornecimento de informações...); 		
<ul style="list-style-type: none"> • Apoio prestado à família - Tipo de apoio? (emocional, fornecimento de informações...) - Por quem? 		

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Carmo, H. & Ferreira, M. M. (1998). *Metodologia da Investigação guia para a auto – aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.

Apêndice 12 - Entrevista realizada a perito de serviço de Urgência Pediátrica

ENTREVISTA

Tema: Cuidar a criança, jovem e família em situação crítica: intervenção do enfermeiro especialista na satisfação das necessidades da família.

Finalidade da entrevista: Contribuir para o desenvolvimento de uma proposta de intervenção de enfermagem relativa ao apoio à família em sala de reanimação.

Características da entrevista: Entrevista exploratória semi-estruturada.

Objetivo Geral: Obter informação de um perito sobre a sua prática relacionada com a presença e apoio fornecido à família na sala de reanimação.

Destinatário: Enfermeira perita de um SUP que desenvolveu um programa de intervenção multidisciplinar na sala de reanimação, que incluiu a presença e o apoio aos pais.

Material: Gravador áudio; material de escrita

Duração: 1 hora

TEMÁTICA	OBJETIVOS ESPECIFICOS	QUESTÕES ORIENTADORAS	ANÁLISE DA ENTREVISTA
Presença da família na sala de reanimação	Conhecer o percurso realizado para a implementação da presença da família na sala de reanimação;	Tenho conhecimento do desenvolvimento de um projeto no âmbito da sua especialidade relacionado com a intervenção na sala de reanimação com enfoque na presença dos pais na sala de reanimação. Quais as motivações para este	O desenvolvimento de um projeto na área da reanimação partiu de uma necessidade pessoal da enfermeira, tendo a vertente da presença dos pais sido secundária ao mesmo. A intencionalidade inicial era a elaboração de um projeto de simulação, por ter sido identificada uma lacuna na preparação, formação e competências da equipa multidisciplinar em situações de reanimação. Contudo, a inclusão da presença dos pais neste projeto, embora tenha sido inicialmente uma proposta da escola, uma vez que este projeto surgiu inicialmente no âmbito do

		<p>trabalho e qual era o seu objetivo?</p> <p>Quais as maiores dificuldades sentidas na sua concretização do projeto? Qual a razão de tais dificuldades?</p> <p>Como foram superadas?</p>	<p>mestrado em enfermagem na área de especialização em saúde infantil e pediatria, revelou-se igualmente um contributo para a melhoria das práticas de cuidados na sala de reanimação do SUP.</p> <p>As dificuldades na concretização do projeto relativamente à presença dos pais na sala de reanimação relacionaram-se essencialmente com a equipa médica. Durante as formações iniciais, aquando da abordagem da temática relacionada com a presença dos pais na sala de reanimação, alguns médicos tentaram sempre reforçar que a importância a nível da melhoria da prática de cuidados, se deveria centrar no treino da equipa e só posteriormente na promoção da presença da família. A equipa de enfermagem aceitou relativamente bem a presença dos pais na sala de reanimação, embora os elementos com mais anos de experiência profissional tenham manifestado alguma renitência inicial. Estas dificuldades relacionaram-se essencialmente, na opinião da entrevistada, com sentimentos de insegurança da equipa.</p> <p>A formação integrou a temática da importância da presença dos pais na sala de reanimação, sendo esta temática desenvolvida por um enfermeiro a toda a equipa multidisciplinar do serviço. A formação foi fundamental para aumentar o conhecimento sobre a importância da presença dos pais e conduziu a momentos, mesmo que por vezes informais, de reflexão sobre a temática entre os diversos elementos da equipa multidisciplinar.</p>
--	--	---	--

	<p>Identificar as vantagens da presença da família na sala de reanimação;</p>	<p>Quais as vantagens da presença da família na sala de reanimação?</p>	<p>As vantagens são inúmeras mas destaca:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A criança, sempre que está consciente, fica mais tranquila ao ter os pais presentes, - Os pais ficam mais tranquilos por presenciarem e perceberem os esforços realizados e os cuidados prestados para ajudar o seu filho. Em situações limite relacionadas com a morte da criança ou do jovem, o facto de estarem presentes nos últimos minutos de vida, promove a possibilidade de despedida e facilita o luto parental.
	<p>Identificar os fatores que podem influenciar a equipa no incentivo à presença da família na sala de reanimação;</p>	<p>Quais as maiores dificuldades sentidas pela equipa na promoção da presença dos pais na sala de reanimação?</p> <p>Que estratégias a equipa utiliza para as superar?</p>	<p>As principais dificuldades centraram-se inicialmente na insegurança da equipa multidisciplinar. Contudo, neste momento esta dificuldade não é tão evidente na equipa de enfermagem.</p> <p>A frequência da formação com base num manual que foi elaborado no projeto e a aplicação de alguns questionários à equipa de enfermagem foram fundamentais e facilitaram a integração da importância da presença dos pais na sala de reanimação.</p> <p>Hoje em dia, embora os pais entrem imediatamente na sala de reanimação na maior parte das situações, naquelas em que os pais ficam do lado de fora, há sempre algum enfermeiro ou profissional da equipa multidisciplinar que, ao se aperceber da situação, entra na sala e questiona sobre a possibilidade dos pais poderem estar presentes.</p>

<p>Apoio fornecido à família da criança e jovem em situação crítica na sala de reanimação</p>	<p>Identificar os indicadores de avaliação do impacto da presença da família na sala de reanimação</p>	<p>Que indicadores de monitorização deverão ser considerados para avaliar o impacto da presença da família na sala de reanimação?</p>	<p>Não existe neste momento nenhuma forma de monitorizar a presença dos pais na sala de reanimação e de avaliar o impacto desta intervenção. Os registos de enfermagem são efetuados num campo destinado para tal no programa informático do serviço mas que não contempla quem esteve a acompanhar a criança e o tipo de apoio prestado.</p>
	<p>Identificar que recursos existem no serviço para apoiar e/ou acompanhar a família na sala de reanimação.</p>	<p>Qual a organização da equipa na sala de reanimação? Existe algum profissional de saúde previamente definido para prestar apoio nestas circunstâncias?</p> <p>Se sim, qual o seu papel?</p>	<p>No início do projeto, estava definido que seria o segundo elemento da sala de reanimação (enfermeiro destacado para o posto da triagem) que prestava funções a nível do apoio à pessoa significativa. Contudo, na prática nem sempre é aplicável pois o elemento destacado para estas funções pode não ter as competências emocionais necessárias para intervir em contextos de crise. Para contornar esta limitação, poderão ser desenvolvidas algumas estratégias nomeadamente o chefe de equipa de enfermagem, que deverá ser detentor do conhecimento das características dos seus elementos, poder destacar elementos com capacidades mais adequadas (emocionais, comunicacionais e relacionais) para apoiar a família da criança ou jovem em situação crítica na sala de reanimação. Na verdade, acaba por ser sempre o chefe de equipa de enfermagem que o faz, geralmente EEESCJ, assim que a condição clínica da criança é estabilizada.</p> <p>O profissional que assume geralmente o papel do apoio à família é o enfermeiro, mas sem dados concretos. Esta afirmação surgiu da sua vivência e experiência na sala de reanimação com a família, na qual geralmente é a própria, enquanto chefe de equipa de enfermagem e EEESCJ, a prestar a intervenção de apoio relativamente aos sentimentos e necessidades dos pais. Os</p>

			médicos também acabam por intervir a este nível mas mais numa vertente de recolha de informação para a tomada de decisão e esclarecimento das questões colocadas pelos pais.
Identificar as dificuldades e necessidades da família na sala de reanimação.	as e da sala de reanimação?	Quais lhe parecem ser as necessidades principais da família na sala de reanimação?	As principais necessidades dos pais na sala de reanimação poderão passar pela necessidade de informação sobre o que está a acontecer (estado da criança, procedimentos efetuados...) dando resposta ao que perguntam e a necessidade de conforto, uma vez que os pais muitas vezes se culpabilizam pela situação.
Identificar as intervenções de enfermagem mais adequadas para apoiar a família na sala de reanimação.	as de enfermagem mais adequadas para apoiar a família na sala de reanimação?	Quais as intervenções mais adequadas para apoiar a família na sala de reanimação? (tipo de apoio, quem o faz e quando o fazer)	As intervenções mais adequadas na sala de reanimação poderão passar por dar resposta à informação que os pais procuram. Grande parte das informações fornecidas não são absorvidas numa fase inicial pelo que importa adequar as mesmas às suas necessidades. Além disso, importa apoiar a família, dar resposta às suas necessidades, explicar o que está sendo feito e qual a evolução da criança, demonstrando uma constante disponibilidade do enfermeiro para tal. Posteriormente, aquando da transferência da criança para o internamento, deverão ser fornecidas informações mais detalhadas com vista a contornar “falsas interpretações” dos pais sobre a situação, cuidados prestados e condição da criança ou jovem. O ideal seria ter um enfermeiro ou outro profissional de saúde na sala de reanimação unicamente com a função de prestar apoio à família da criança em situação crítica, à semelhança do que se desenvolve noutros países. Contudo, as dotações do serviço a nível de recursos humanos não permitem tal função para um elemento previamente definido, pelo que importa encontrar estratégias para colmatar esta lacuna.

Apêndice 13 - “Cuidar a criança, o jovem e a família em situação de reação anafilática à vacinação – uma perspectiva de intervenção” - Plano da sessão de formação



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DE LISBOA**

8º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

2º Ano - 1º Semestre

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Plano da sessão de formação:

**“Cuidar a criança, o jovem e a família em situação de
reação anafilática à vacinação: uma perspetiva de
intervenção”**

Ana Maria Jacinto Guerreiro

Docente Orientador: Professora Doutora Maria Teresa Magão

LISBOA

Fevereiro de 2018

LISTA DE ABREVIATURAS

CCF- Cuidados Centrados na Família

CNT- Cuidados Não Traumáticos

CSC- Cuidados de Saúde na Comunidade

PNV- Programa Nacional de Vacinação

USF- Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	4
1. FUNDAMENTAÇÃO DA SESSÃO.....	5
2. PLANEAMENTO DA SESSÃO	8
3. AVALIAÇÃO DA SESSÃO	10
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	11

APÊNDICES

Apêndice 1: Apresentação *Powerpoint* da Sessão de Formação

INTRODUÇÃO

A realização desta sessão de formação surge no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório, do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria. A sua principal finalidade consiste em contribuir para a promoção do Cuidado Centrado na Família (CCF) e melhoria da prática de cuidados relativa à intervenção perante a situação de reação anafilática à vacinação.

Esta temática partiu inicialmente do meu interesse pessoal em torno das questões relacionadas com o cuidar a criança, jovem e família em situação crítica que, não sendo uma realidade em contexto de Cuidados de Saúde na Comunidade (CSC), poderá ocorrer na sequência de alguns procedimentos realizados, como a vacinação. O processo de diagnóstico da pertinência desta temática decorreu da auscultação junto da enfermeira coordenadora e da enfermeira orientadora sobre a importância e adequação da mesma para a unidade.

A escolha de um modelo de sessão de formação na reunião de serviço da Unidade de Saúde Familiar (USF) surgiu da necessidade e importância do envolvimento de todos os intervenientes do contexto. A formação em serviço revela-se como uma metodologia relevante para a partilha de conhecimento de forma dinâmica e como uma estratégia importante de atualização e desenvolvimento profissional em contexto de trabalho (Dias, 2004).

A presente sessão de formação irá desenvolver-se através da apresentação da intervenção multidisciplinar perante a reação anafilática na criança à vacinação e da reflexão sobre o apoio à família nestas situações, com vista a projetar estratégias de melhoria da qualidade dos cuidados na USF alicerçadas nos princípios inerentes à filosofia de CCF (Apêndice 1). Além disso, pretende-se ainda contribuir para o desenvolvimento do conhecimento através da partilha da evidência científica atual relacionada com a temática, destacando as necessidades da família da criança em situação crítica.

1. FUNDAMENTAÇÃO DA SESSÃO

A vacinação integra uma das linhas mestras do Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, através da harmonização existente entre as consultas previstas para a idade e o Programa Nacional de Vacinação (PNV), visando a obtenção contínua de ganhos em saúde na população infanto-juvenil (Direção-Geral da Saúde - DGS, 2013).

As vacinas para os programas de imunização previstos, são dos fármacos existentes mais seguros, contudo a reação grave, embora rara ou muito rara, pode ocorrer (Wilson, 2014; DGS, 2016). Desta forma, a vacinação pode ser potenciadora de uma situação de emergência através da reação anafilática à mesma (Wilson, 2014). A reação anafilática é definida como “uma reação de hipersensibilidade generalizada ou sistémica, grave e potencialmente ameaçadora da vida que inclui sinais e sintomas, isolados ou combinados, que ocorrem em minutos ou em poucas horas após a exposição ao agente causal” (DGS, 2016, p. 63). Este tipo de reação pode provocar alterações potencialmente graves a nível da via aérea e/ou da circulação, em associação a alterações cutâneas e das mucosas, com rápida evolução (DGS, 2016).

Assim, emerge a necessidade de uma avaliação, rápida e eficiente, com vista a uma intervenção e tratamento apropriado o mais precoce possível (World Health Organization - WHO, 2016). O tratamento imediato é iniciado quando qualquer sinal de emergência é identificado e deve desenvolver-se de acordo com o algoritmo de avaliação A- *Airway* (via aérea), B- *Breathing* (respiração); C- *Circulation* (circulação); D- *Disability* (disfunção neurológica) e E- *Exposure* (exposição) (Maconochie et al., 2015; World Health Organization - WHO, 2016; DGS, 2016). As reações anafiláticas à administração das vacinas, mesmo com ocorrência rara, constituem-se como uma situação grave de ameaça à vida que exige preparação prévia dos profissionais de saúde dos serviços onde são realizados estes tipos de procedimentos (DGS, 2016). A atuação exige treino e planeamento, necessitando o enfermeiro de uma constante atualização dos seus conhecimentos, integrados numa vertente holística e de relação, interligadas com os aspetos tecnológicos e científicos associados aos cuidados de enfermagem (Graça, 1997).

A prestação dos cuidados de enfermagem que integrem a criança, jovem e família numa orientação cujos princípios sejam norteados por uma filosofia de CCF e de

Cuidados não Traumáticos (CNT), poderá ser uma das formas de minimizar o impacto de uma alteração súbita da condição de saúde da criança ou hospitalização não prevista (Slota, 2013; Sanders, 2014; Dudley, Ackerman, Brown & Snow., 2015; Byczkowski, Gillespie, Kennebeck, Fitzgerald, Downing & Alessandrini, 2016; Curtis, Foster, Mitchell & Van, 2016). A situação de emergência decorrente da reação anafilática à vacinação é geralmente repentina, tornando-se fundamental que a equipa esteja igualmente preparada para um envolvimento imediato com a família, através de uma avaliação e intervenção simultânea (Foster et al., 2017). Apesar de ser difícil a sua concretização nestas situações, a compreensão das necessidades da família da criança e jovem em situação crítica é fundamental para o desenvolvimento de intervenções de enfermagem de apoio mais adequadas e que visem diminuir o stress da família (Aldridge, 2005; Hsiao, Redley, Hsiao, Lin, Han & Lin, 2017).

A promoção da presença da família, a identificação e a satisfação das suas necessidades poderão ser elementos sustentadores de um modelo de cuidados promotor de CCF (Butler & Willetts, 2013; Curtis et al., 2016; Béranger, Pierron, Blanquat, Jean & Chappuy, 2017; Hsiao et al., 2017). Todavia, a presença da família em situações de gravidade e risco de vida da criança e jovem não é consensual nas equipas de saúde (AHA, 2005; Mekitarian & Ângelo, 2015). Em situações de reação anafilática grave à vacinação é necessário dar a possibilidade das famílias decidirem se querem ou não permanecer durante procedimentos invasivos e até mesmo de ressuscitação cardiorrespiratória, desde que conscientes dos benefícios e implicações para os próprios e para todos os intervenientes no processo (McAlvin & Carew-Lyons, 2014; Dudley et al., 2015). Desta forma, compete ao enfermeiro a avaliação das preferências da família para participar, observar ou esperar fora da sala onde estão a ser prestados os cuidados, bem como a preferência da criança relativamente à presença da família (Brown, 2014). A evidência realça que a maioria das famílias opta por estar presente e disponível enquanto estão a ser realizados procedimentos invasivos e prestados cuidados de suporte básico e avançado de vida (cuidados “life saving”) à criança (Mangurten et al., 2006; Mekitarian, 2013; Jabre et al., 2014; Curtis et al., 2016; Hsiao et al., 2017; Pasek & Licata, 2016).

A opção das famílias de não estarem presentes deverá ser igualmente respeitada, apoiando a família na tomada de decisão, incentivando a sua proximidade para que

possam estar disponíveis para a criança após a realização de procedimentos e assegurando que as famílias são apoiadas no espaço exterior (Brown, 2014; McAlvin & Carew-Lyons, 2014). Além disso, a família que opte por não estar presente deverá ser tranquilizada em como haverá algum profissional responsável pela prestação de apoio à criança, devendo ser este elemento que informará posteriormente a família sobre a forma como decorreram os procedimentos e o comportamento da criança durante os mesmos (Brown, 2014).

A presença da família é desejável e deve ser incentivada, desde que haja um membro da equipa disponível para explicar o processo e ao mesmo tempo garantir que estes não interferem nos cuidados (Maconochie et al., 2015). O fornecimento de informações, o apoio à família e o seu envolvimento no planeamento e tomada de decisões sobre os cuidados prestados são um elemento essencial para a implementação de modelos alicerçados na filosofia dos CCF, independentemente da decisão da família estar ou não presente (Dudley et al., 2015). Todavia, a presença familiar apoiada é benéfica e não interrompe cuidados clínicos (Mangurten et al., 2006), devendo a ansiedade e preocupação dos profissionais de saúde relativamente à presença da família ser colmatada através de treino e formação que desenvolvam competências emocionais e de comunicação e melhorem o apoio fornecido à mesma nestas situações (Mangurten et al., 2006). A reflexão sobre a prática de cuidados relativa ao apoio fornecido à família da criança e jovem em situação de reação anafilática à vacinação é fundamental, com vista à identificação de dificuldades na equipa de multidisciplinar e à definição de estratégias conducentes da melhoria dos cuidados prestados às famílias nestes contextos, alicerçados numa filosofia de CCF.

2. PLANEAMENTO DA SESSÃO

Tema: Intervenção da equipa multidisciplinar em situações de reação anafilática na criança à vacinação

Destinatários/População Alvo: Equipa multidisciplinar da USF

Data: 31 de Janeiro de 2018

Horário da sessão: 14h00

Duração: 45 minutos

Local: Sala de Reuniões da USF

Formadora: Ana Guerreiro, estudante do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Objetivo Geral:

- Contribuir para a promoção dos CCF à criança, jovem e família em situação de reação anafilática à vacinação.

Objetivos Específicos:

- Uniformizar procedimentos de intervenção na situação de reação anafilática à vacinação;
- Promover a reflexão sobre o apoio à família da criança e jovem em situação crítica, com enfoque na satisfação das necessidades da família.

Conteúdos	Métodos pedagógicos	Técnicas pedagógicas	Materiais/Recursos	Tempo
Introdução <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do tema e objetivos. 	Expositivo	Exposição	Computador Software Power Point Projetor	5
Desenvolvimento <ul style="list-style-type: none"> • Clarificação do projeto de estágio; • Contextualização da problemática; • Algoritmo de intervenção da equipa multidisciplinar na situação de reação anafilática à vacinação; • Principais necessidades da família da criança em situação crítica; • Integração do apoio à família na intervenção perante a criança em situação de reação anafilática à vacinação. 	Expositivo	Exposição		5
	Interrogativo	Pergunta coletiva		10
	Ativo	Discussão		5
Conclusão <ul style="list-style-type: none"> • Síntese dos principais aspetos e encerramento da sessão. 	Expositivo	Exposição		10
	Ativo	Discussão		
	Interrogativo	Pergunta coletiva		

3. AVALIAÇÃO DA SESSÃO

A avaliação da formação decorreu no final da sessão, após a exposição do conteúdo e reflexão sobre a prática de cuidados na USF, através de técnicas de formulação oral de questões e discussão realizada em equipa.

A equipa multidisciplinar avaliou este momento de formação como muito positivo no que concerne à oportunidade de rever a intervenção perante a reação anafilática à vacinação enquanto situação de elevada gravidade e de emergência. Contudo, a reflexão proporcionada sobre a importância da presença e apoio da família nestas situações constituiu-se como o aspeto mais destacado pela equipa médica e de enfermagem. A importância de assegurar CCF mesmo em situações de emergência, que não são situações frequentes no contexto de CSC, reforçou a pertinência da equipa repensar a intervenção perante a família da criança e jovem em situação crítica e de desenvolver estratégias normativas e de formação neste sentido. Algumas das medidas que emergiram desta reflexão conjunta relacionaram-se com a necessidade de repensar a norma de atuação perante situações de emergência e de integrar na mesma a intervenção relativa à presença e apoio à família da criança, de melhorar o espaço onde poderão ser prestados estes cuidados e de promover momentos de análise das práticas e formação da equipa multidisciplinar.

Este foi um momento potenciador do meu desenvolvimento enquanto pessoa e profissional por ter percecionado que a temática foi de encontro às necessidades sentidas pelo serviço e contribuiu para a intencionalidade de mudança e de repensar as práticas, com vista ao desenvolvimento de ferramentas que possam sustentar e assegurar a melhoria dos cuidados à criança em situação crítica, alicerçados numa filosofia de CCF.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aldridge, M. D. (2005). Decreasing Parental Stress in the Pediatric Intensive Care Unit One Unit's Experience. *CriticalCareNurse*, 25 (6). 40-50.
- American Heart Association (2005). Part 2: Ethical issues. *Circulation*. 112, IV6-10. Acedido em: 19/02/2017. Disponível em <http://circ.ahajournals.org/>.
- Béranger, A., Pierron, C., Blanquat, L. S., Jean, S. & Chappuy, H. (2017). Communication, informations et place des parents en réanimation polyvalente pédiatrique : revue de la littérature. *Archives de Pédiatrie*, 24 (3), 265-272. Acedido em 15/12/2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2016.12.00>.
- Brown, T. L. (2014). Especificidades nas Intervenções de Enfermagem em Pediatria. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *WONG, Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed.) (Vol. II, Cap.27, pp.1061-1118). Loures: Lusociência.
- Butler, A., Copnell, B. & Willetts, G. (2013). Family-centred care in the paediatric intensive care unit: an integrative review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 2086–2100. DOI: 10.1111/jocn.12498.
- Byczkowski, T. L., Gillespie, G.L., Kennebeck, S. S., Fitzgerald, M. R., Downing, K. A. & Alessandrini, E.A. (2016). Family-Centered Pediatric Emergency Care: A Framework for Measuring What Parents Want and Value. *Acad Pediatr*, 16 (4), 327–335. DOI: 10.1016/j.acap.2015.08.01.
- Curtis, K., Foster, K., Mitchell, R., & Van, C. (2016). Models of Care Delivery for Families of Critically Ill Children: An Integrative Review of International Literature. *Journal of Pediatric Nursing*, 31 (3), 330–341. Acedido em 15/01/2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2015.11.009>.
- Dias, J. (2004). *Formadores que desempenho?*. Loures: Lusodidacta.
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2016). *Programa Nacional de Vacinação 2017*. Lisboa: Direção- Geral da Saúde.
- Dudley, N., Ackerman, A., Brown, K. M. & Snow, S. K. (2015) Patient- and Family-Centered Care of Children in the Emergency Department. *Pediatrics*, 135 (1), e255-e272. DOI: 10.1542/peds.2014-3424.

- Foster, K., Young, A., Mitchell, R., Van, C. & Curtis, K. (2017). Experiences and needs of parents of critically injured children during the acute hospital phase: A qualitative investigation. *Injury, Int. J. Care Injured*, 48, 114–120. Acedido em 15/09/2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.injury.2016.09.034>.
- Graça, M. (1997). *O Enfermeiro perante o Doente Crítico*. Vila Nova de Gaia: 1º Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Escola Superior de Enfermagem da Cidade do Porto.
- Hsiao, P. R., Redley, B., Hsiao, Y.C., Lin, C.C., Han, C.Y. & Lin, H. R. (2017). Family needs of critically ill patients in the emergency department. *Int Emerg Nurs*, 30, 3-8. DOI: 10.1016/j.ienj.2016.05.002.
- Jabre, P., Tazarourte, K., Azoulay, E., Borron, S.W., Belpomme, V., Jacob, L. ... Adnet, F. (2014). Offering the opportunity for family to be present during cardiopulmonary resuscitation: 1-year assessment. *Intensive Care Med*, 40, 981–987. DOI: 10.1007/s00134-014-3337-1.
- Maconochie, I. K., Bingham, R., Eichc , C., Lopez-Herced, J., Rodriguez-Núñez, A., Rajkaf, T., ... Biarenti, D. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Section 6. Paediatric life support. *Resuscitation*, 95, 223–248. Acedido em 19/02/2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.028>.
- Mangurten, J., Scott, S. H., Guzzetta, C. E., Clark, A. P., Vinson, L., Sperry, J., ... Voelmeck, W. (2006). Effects of family presence during resuscitation and invasive procedures in a pediatric emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 32 (3), 225–233. DOI: 10.1016/j.jen.2006.02.012.
- McAlvin, S.S. & Carew-Lyons A. (2014). Family presence during resuscitation and invasive procedures in pediatric critical care: a systematic review. *Am J Crit Care*, 23, 477- 485. DOI: 10.4037/ajcc2014922.
- Mekitarian, F. (2013). *A presença da família na sala de emergência pediátrica: crenças de pais e profissionais de saúde*. Tese de Mestrado. Acedido em: 19/02/2017. Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-11092013-140356/pt-br.php>.

- Mekitarian, F. F. P. & Ângelo, M. (2015). Family's presence in the pediatric emergency room: Opinion of health's professionals. *Revista Paulista de Pediatria*, 33 (4), 460–466. Acedido em: 19/02/2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpped.2015.03.010>.
- Pasek , T. A. & Licata, J. (2016). Parent Advocacy Group for Events of Resuscitation. *CriticalCareNurse*, 6 (3), 58-64. DOI: 10.4037/ccn2016759.
- Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em Situações de doença e hospitalização. In M. Hockenberry, D. Wilson (Eds). *WONG, Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed.) (Vol. II, Cap.26. pp. 1025-1060). Loures: Lusociência.
- Slota, M. C. (2013). Psychosocial Aspects of Pediatric Critical Care. In. M.F. Hazinski. *Nursing Care of The Critically Ill Child*. (3ª ed.). (Cap. 2. pp. 19-49). United States of America: Elsevier Mosby.
- Wilson, D. (2014). Cuidados ao latente, centrados na família. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *WONG, Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed.) (Vol. I, Cap.4, pp. 491-552). Loures: Lusociência.
- World Health Organization - WHO (2016). *Updated guideline: paediatric emergency triage, assessment and treatment*. Geneva: World Health Organization.

APÊNDICES

Apêndice 1: Apresentação *Powerpoint* da Sessão de Formação

CUIDAR A CRIANÇA, O JOVEM E A FAMÍLIA EM SITUAÇÃO DE REAÇÃO ANAFILÁTICA À VACINAÇÃO

- UMA PERSPETIVA DE INTERVENÇÃO

Discente: Ana Maria Jacinto Guerreiro, nº7321

Sob orientação de:

Enª Alexandra Velosa

Prof. Maria Teresa Magão

31 de Janeiro de 2018

CUIDAR A CRIANÇA, O JOVEM E A FAMÍLIA EM SITUAÇÃO DE REAÇÃO ANAFILÁTICA À VACINAÇÃO

SUMÁRIO

- Objetivos;
- Clarificação do projeto de estágio;
- Problemática;
- Intervenção da equipa multidisciplinar na situação de reação anafilática à vacinação;
- Apresentação das principais necessidades da família da criança em situação crítica;
- Considerações finais;
- Referências bibliográficas.

2

CUIDAR A CRIANÇA, O JOVEM E A FAMÍLIA EM SITUAÇÃO DE REAÇÃO ANAFILÁTICA À VACINAÇÃO

OBJETIVOS

GERAL:

- Contribuir para a **promoção dos CCF** à criança, jovem e família em situação de reação anafilática à vacinação.

ESPECÍFICOS:

- **Uniformizar procedimentos** de intervenção na situação de reação anafilática à vacinação;
- **Promover a reflexão** sobre o apoio à família da criança e jovem em situação crítica, com enfoque na satisfação das necessidades da família.

3

PROJETO DE ESTÁGIO

“CUIDAR A CRIANÇA, JOVEM E FAMÍLIA EM SITUAÇÃO CRÍTICA – intervenção do enfermeiro especialista na satisfação das necessidades da família”



Finalidade
Contribuir para a **promoção do CCF** com enfoque nas **necessidades** da família da criança e jovem em situação crítica.

4

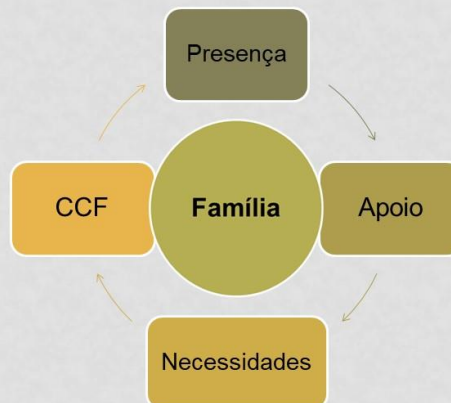
PROBLEMÁTICA



(Wilson, 2014; Leça et al., 2016)

5

PROBLEMÁTICA



6

REAÇÃO ANAFILÁTICA - DEFINIÇÃO

- “... uma **reação de hipersensibilidade** generalizada ou sistêmica, **grave** e potencialmente ameaçadora da vida que inclui sinais e sintomas, isolados ou combinados, que **ocorrem em minutos ou em poucas horas** após a exposição ao agente causal.”

(Leça et al., 2016, p. 63)

- Provoca alterações potencialmente graves a nível da **via aérea** e/ou da **circulação**, em associação a **alterações cutâneas** e das mucosas, com **evolução rápida**.

(Leça et al., 2016)

7

SINAIS E SINTOMAS



8

INTERVENÇÃO

Cadeia de Sobrevivência Pediátrica



<http://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/09/Suporite-B%C3%A1tico-de-Vida-Ped%C3%A1trico.pdf>

9

INTERVENÇÃO

Cadeia de Sobrevivência Pediátrica



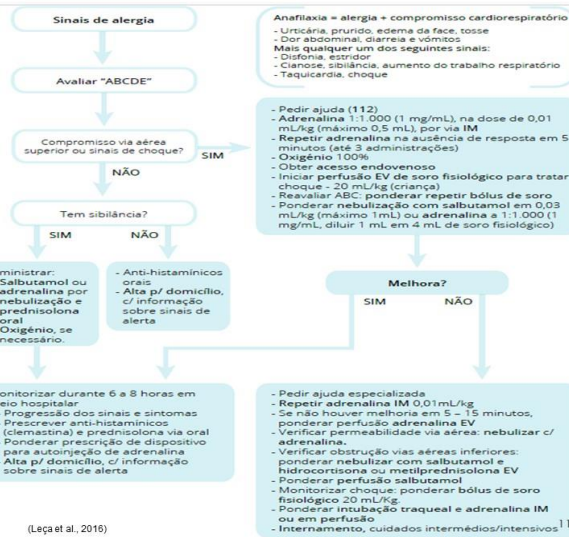
<http://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/09/Suporte-B%C3%A1sico-da-Vida-Ped%C3%A1trico.pdf>

- Avaliação de **atopia**;
- Avaliação de **ocorrência anterior de reações adversas graves** a uma vacina ou a componentes das vacinas;
- Observação durante **30 minutos** após a vacinação.

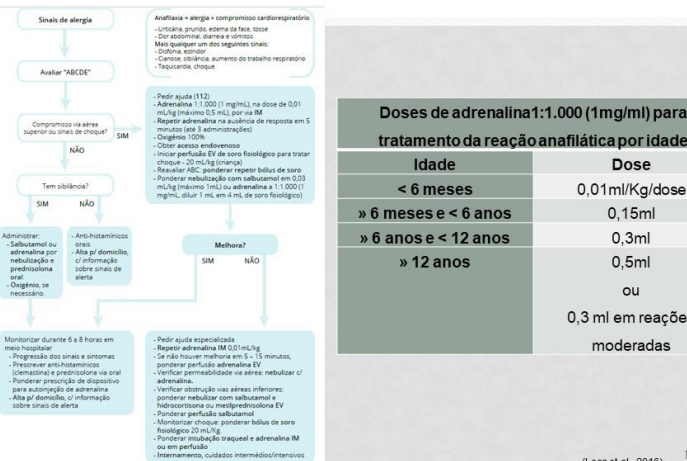
(Leça et al., 2016)

10

INTERVENÇÃO



INTERVENÇÃO

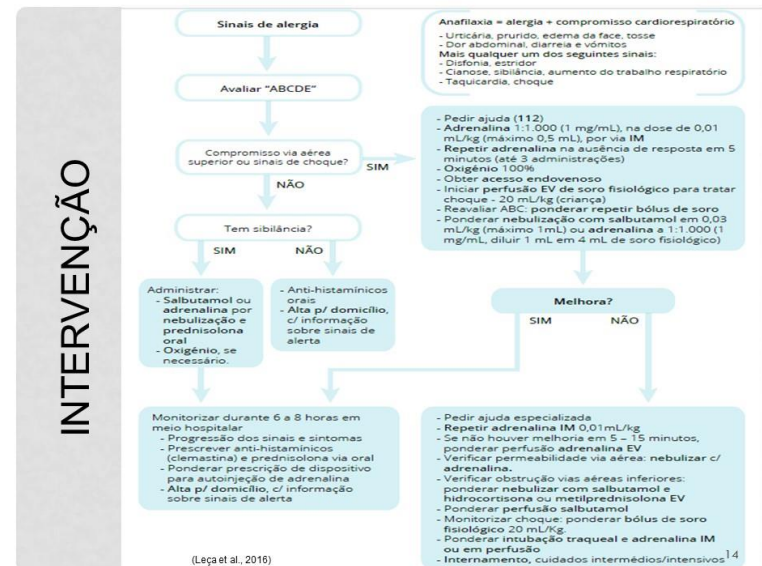
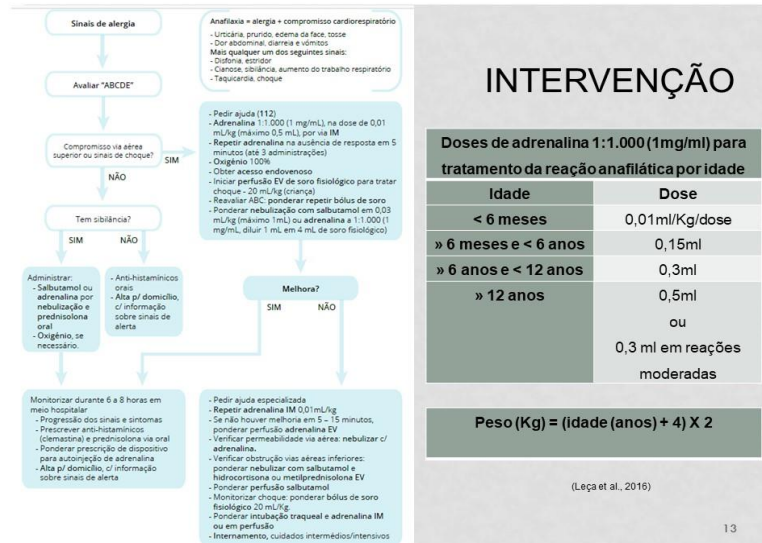


Doses de adrenalina 1:1.000 (1mg/ml) para tratamento da reação anafilática por idade

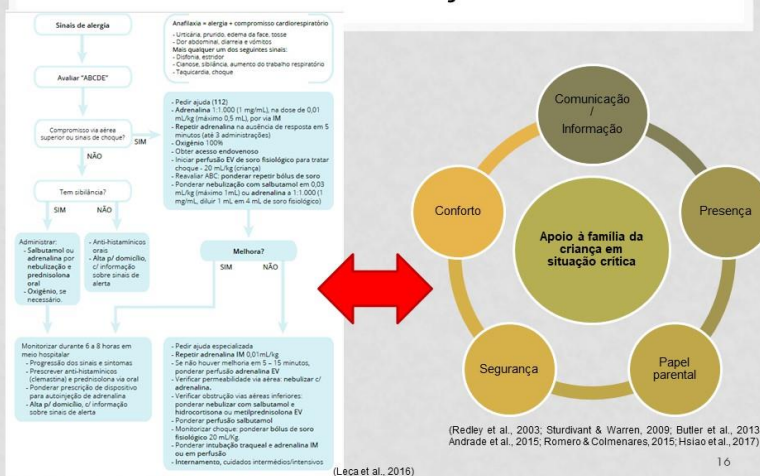
Idade	Dose
< 6 meses	0,01mL/Kg/dose
» 6 meses e < 6 anos	0,15ml
» 6 anos e < 12 anos	0,3ml
» 12 anos	0,5ml
	ou
	0,3 ml em reações moderadas

(Leça et al., 2016)

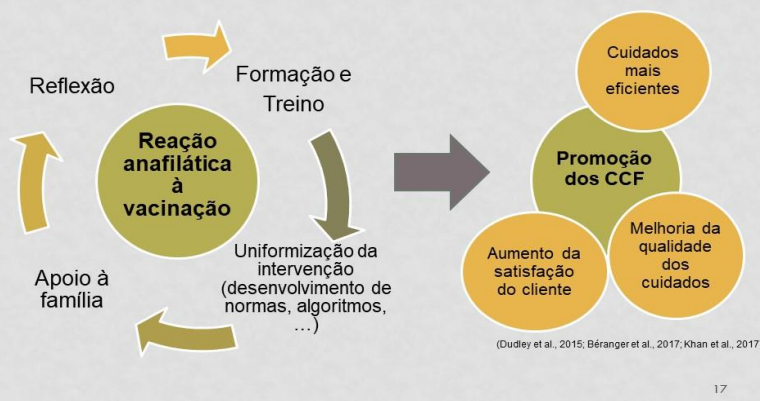
12



INTERVENÇÃO



CONSIDERAÇÕES FINAIS



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, R. C., Marques, A. R., Leite A.C.A.B., Martimiano, R. R., Santos, B. D., Pan, R., ... Nascimento, L. C. (2015). Necessidades dos pais de crianças hospitalizadas evidências para o cuidado. *Rev. Eletr. Enf.*, 17(2), 379-394. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i2.30041>.
- Béanger, A., Pierron, C., Blanquat, L. S., Jean, S. & Chappuy, H. (2017). Communication, informations et place des parents en réanimation polyvalente pédiatrique : revue de la littérature. *Archives de Pédiatrie*, 24 (3), 265-272. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2016.12.00>.
- Butler, A., Copnell, B. & Willets, G. (2013). Family-centred care in the paediatric intensive care unit: an integrative review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 2086-2100. DOI: 10.1111/jocn.12498.
- Dudley, N., Ackerman, A., Brown, K. M. & Snow, S. K. (2015). Patient- and Family-Centered Care of Children in the Emergency Department. *PEDIATRICS*, 135 (1), e255-e272. DOI: 10.1542/peds.2014-3424.
- Hsiao, P. R., Redley, B., Hsiao, Y. C., Lin, C. C., Han, C. Y. & Lin, H. R. (2017). Family needs of critically ill patients in the emergency department. *Int Emerg Nurs*, 30, 3-8. DOI: 10.1016/j.ienj.2016.05.002.
- Khan, A., Baird, J., Rogers, J. E., Furtak, S. L., Williams, K. A., Allair, B., ... Landrigan, C. P. (2017). Parent and Provider Experience and Shared Understanding After a Family-Centered Nighttime Communication Intervention. *Acad Pediatr*, 17 (4), 389-402. DOI: 10.1016/j.acap.
- Leça, A., Sarmiento, A. M., Freitas, G., Marques, J. G., Marques, L. H., Santos, L. A., ... Fernandes, T. (2016). *Programa Nacional de Vacinação 2017*. Lisboa: Direção- Geral da Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Redley, B., Levasseur, S. A., Peters, G. & Bethune, E. (2003). Familie's needs in emergency departments: instrument development. *Journal of Advanced Nursing*, 43(6), 606-615. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2003.02759.x.
- Romero, H. R. A. & Colmenares, S. M. R. (2015). Necesidades percibidas de atención por niños, cuidadores y enfermeros durante la hospitalización en una unidad de cuidado intensivo. *Investig Enferm. Imagen Desarr*, 17(1), 113-130. DOI: 10.11144/Javeriana.IE17-1.npan.
- Sturdivant, L. & Warren, N. A. (2009). Perceived met and unmet needs of family members of patients in the pediatric intensive care unit. *Crit Care Nurs Q.*, 32 (2), 149-158. DOI: 10.1097/CNQ.0b013e3181a27f6d.
- Wilson, D. (2014). Cuidados ao lactente, centrados na família. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *WONG, Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed.) (Vol. I, Cap.4, pp. 491-552). Loures: Lusociência.



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

CUIDAR A CRIANÇA, O JOVEM E A
FAMÍLIA EM SITUAÇÃO DE REAÇÃO
ANAFILÁTICA À VACINAÇÃO

- UMA PERSPETIVA DE INTERVENÇÃO



Muito Obrigada!!

Apêndice 14 - “Apoio à família da criança e jovem em situação crítica na sala de reanimação” - Plano da sessão de análise de práticas



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DE LISBOA**

8º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

2º Ano - 1º Semestre

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Plano da sessão de análise de práticas:

**“Apoio à família da criança e jovem em situação crítica na
sala de reanimação”**

Ana Maria Jacinto Guerreiro

Docente Orientador: Professora Doutora Maria Teresa Magão

LISBOA

Fevereiro de 2018

LISTA DE ABREVIATURAS

CCF- Cuidados Centrados na Família

CNT- Cuidados Não Traumáticos

SUP- Serviço de Urgência Pediátrica

UUP- Unidade de Urgência Pediátrica

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	4
1. FUNDAMENTAÇÃO DA SESSÃO.....	6
2. PLANEAMENTO DA SESSÃO	8
3. AVALIAÇÃO DA SESSÃO	10
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	11

APÊNDICES

Apêndice 1: Apresentação *Powerpoint* da Sessão de Formação

INTRODUÇÃO

A realização desta sessão de análise de práticas surge no âmbito da unidade curricular de Estágio com Relatório, do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria. A sua principal finalidade consiste em contribuir para a reflexão, aquisição de conhecimento e melhoria da prática de cuidados de enfermagem em contexto de trabalho no que concerne ao apoio prestado à família da criança e jovem em situação crítica com enfoque na satisfação das necessidades da família.

A hospitalização na criança, jovem e família, constitui-se como um momento difícil e de elevada angústia para os mesmos nomeadamente em situações de emergência nas quais não é possível antecipar qualquer tipo de preparação (Barros, 2003; Slota, 2013). Neste contexto, a prestação dos cuidados de enfermagem que integrem a criança, ao jovem e a família, numa orientação cujos princípios sejam norteados por uma filosofia de Cuidados centrados na família (CCF) e Cuidados não traumáticos (CNT), poderá ser uma das formas de minimizar o impacto de uma hospitalização não prevista (Sanders, 2014).

O processo de diagnóstico da pertinência desta temática para o serviço teve duas etapas fulcrais, tendo a primeira fase consistido numa auscultação junto da enfermeira chefe do serviço, a enfermeira orientadora e a enfermeira responsável pela formação sobre a sua adequação. Na sala de reanimação existe um documento (folha de “registo de reanimação”) onde se realizam os registos de todos os cuidados prestados à criança e jovem em situação crítica. Este documento tem um campo de registo referente à presença da família e ao tipo de apoio que é efetuado à mesma na sala de reanimação. Desta forma, numa segunda fase procedeu-se à análise do referido documento, com vista a contextualizar a problemática e fundamentar a sua pertinência para a equipa de enfermagem.

A escolha de um modelo de sessão de análise de práticas surgiu do conhecimento prévio das características da equipa de enfermagem da unidade de Urgência Pediátrica (UUP) e da necessidade de envolvimento de todos os intervenientes. Esta metodologia de formação é essencial para uma partilha de conhecimento de forma dinâmica e revela-se uma importante estratégia de atualização e desenvolvimento

profissional em contexto de trabalho (Dias, 2004). No fundo, tendo em consideração o atual cenário vivido neste contexto de prática, relacionado com a elevada afluência, existência de planos de contingência e aumento da carga de trabalho, conducente ao cansaço e desmotivação profissional, procurei com esta sessão “ajudar a encontrar caminhos e a construir o próprio conhecimento (...) pois o verdadeiro conhecimento tem que ser aprendido, apreendido e desejado, não pode ser imposto” (Dias, 2004, p.18).

A presente sessão de análise de práticas irá desenvolver-se através da apresentação de indicadores dos cuidados de enfermagem prestados à família na sala de reanimação e da promoção de uma oportunidade de reflexão conjunta que certamente contribuirá para projetar estratégias e alterações que conduzirão a uma melhoria da qualidade dos cuidados na UUP (Apêndice 1). Além disso, pretende-se ainda contribuir para a aquisição de conhecimento através da partilha da evidência científica atual relacionada com a temática, destacando as necessidades da família da criança em situação crítica.

1. FUNDAMENTAÇÃO DA SESSÃO

A filosofia dos CCF é um pilar fundamental da prestação de cuidados de saúde em pediatria e um importante impulsionador da melhoria global da qualidade dos cuidados prestados, mas parecem ainda existir dificuldades na sua implementação, nomeadamente em contextos de elevada complexidade como os serviços de urgência (Curtis, Foster, Mitchell & Van, 2016). As características únicas do contexto do serviço de Urgência Pediátrica (SUP), relacionadas com a situação aguda e súbita, com o ambiente desconhecido e desprovido de relação prévia entre os profissionais de saúde e a criança, jovem e família, com a falta de compreensão das necessidades da família, com a natureza da admissão hospitalar e com uma elevada carga de trabalho, podem ser barreiras para que os enfermeiros se comprometam com uma filosofia de CCF (Gill et al., 2014; Dudley, Ackerman, Brown & Snow, 2015). Todavia, apesar destes desafios, é possível alcançar a excelência dos cuidados através de uma filosofia de CCF num SUP que seja promotora da segurança, do conforto e da satisfação do paciente (Dudley et al., 2015).

A promoção da presença da família, a identificação e a satisfação das suas necessidades poderão ser elementos sustentadores de um modelo de cuidados promotor de CCF (Butler & Willetts, 2013; Curtis et al., 2016; Béranger, Pierron, Blanquat, Jean & Chappuy, 2017; Hsiao, Redley, Hsiao, Lin, Han & Lin, 2017). A presença da família na sala de reanimação em situações de gravidade e risco de vida da criança não é consensual nas equipas de saúde (AHA, 2005; Mekitarian & Ângelo, 2015), mas com o decorrer dos tempos a sua presença começou a ser incentivada e hoje é uma realidade na UUP desta instituição. No entanto, a família está presente mas parecem haver dificuldades no apoio à mesma e um certo distanciamento da parte dos profissionais, nomeadamente em situações de grande instabilidade fisiológica e morte da criança.

A chegada de uma criança ou jovem à UUP geralmente é súbita, sem aviso e quando é comunicada antecipadamente, o tempo até à sua chegada é rápido, o que limita a preparação da sala de reanimação para a sua admissão. Assim, torna-se fundamental que a equipa esteja preparada para um envolvimento imediato com a família, através de uma avaliação e intervenção simultânea (Foster, Young, Mitchell, Van & Curtis, 2017). Apesar de ser difícil a sua concretização em contextos como o

SUP, a compreensão das necessidades da família da criança e jovem em situação crítica é fundamental para o desenvolvimento de intervenções de enfermagem de apoio mais adequadas e que visem diminuir o stress familiar (Aldridge, 2005; Hsiao et al., 2017). A reflexão sobre a prática de cuidados relativa ao apoio fornecido à família da criança e jovem em situação crítica é fundamental, com vista à identificação de dificuldades na equipa de enfermagem e à definição de estratégias conducentes da melhoria dos cuidados prestados às famílias nestes contextos, alicerçados numa filosofia de CCF.

2. PLANEAMENTO DA SESSÃO

Tema: Apoio à família da criança e jovem em situação crítica na sala de reanimação

Destinatários/População Alvo: Equipa de Enfermagem da UUP

Data: 10 de Janeiro de 2018

Horário da sessão: 15h30

Duração: 60minutos

Local: Sala de enfermagem da UUP

Formadora: Ana Guerreiro, estudante do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Objetivo Geral:

- Contribuir para a promoção dos CCF à criança, jovem e família em situação crítica.

Objetivos Específicos:

- Apresentar os resultados da análise dos dados da folha de registos de enfermagem na sala de reanimação relativa à presença e apoio fornecido à família;
- Promover a reflexão sobre a intervenção do enfermeiro no apoio à família da criança e jovem em situação crítica na sala de reanimação.

Conteúdos	Métodos pedagógicos	Técnicas pedagógicas	Materiais/Recursos	Tempo (minutos)
Introdução <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do tema e objetivos. 	Expositivo	Exposição	Computador Software Power Point Projetor	5
Desenvolvimento <ul style="list-style-type: none"> • Contextualização da problemática; • Clarificação do projeto de estágio; • Apresentação e discussão dos resultados da análise da folha de registos de enfermagem na sala de reanimação referentes à presença e apoio fornecido à família da criança em situação crítica; • Reflexão dinamizada da equipa com vista a identificar principais dificuldades no apoio à família, na realização de registos sobre o mesmo e necessidades de formação da equipa de enfermagem relativamente a esta temática. 	Expositivo Interrogativo Demonstrativo Ativo	Exposição Pergunta coletiva Demonstração Discussão		5 5 10 20
Conclusão <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação das principais necessidades da família da criança em situação crítica; • Síntese dos principais aspetos e encerramento da sessão. 	Expositivo Ativo Interrogativo	Exposição Discussão Pergunta coletiva		15

3. AVALIAÇÃO DA SESSÃO

A avaliação da formação decorreu no final da sessão, após a exposição do conteúdo e reflexão sobre a prática diária na sala de reanimação, numa vertente diagnóstica e formativa através de técnicas de formulação oral de questões e discussão realizada em equipa. De uma forma geral a equipa de enfermagem referiu que esta formação foi muito positiva, com clareza dos conteúdos transmitidos, tendo inclusivamente realçado que o recurso a exemplos do contexto de prática e a indicadores de cuidados de enfermagem reveladores da realidade do serviço, foram essenciais para a compreensão da importância da promoção de CCF, para no cuidado humanizado e holístico, em contextos de elevada complexidade como a UUP.

Esta foi uma atividade extremamente enriquecedora, de partilha e de reflexão, que se revelou essencial para o desenvolvimento do conhecimento através da partilha da evidência científica atual relacionada com a temática, nomeadamente sobre necessidades da família da criança e jovem em situação crítica. Além disso, contribuiu para projetar estratégias e alterações que certamente conduzirão a práticas baseadas na evidência, alicerçadas nos princípios inerentes aos CCF e a uma melhoria da qualidade dos cuidados na UUP.

As principais estratégias identificadas relacionaram-se com a necessidade de continuar a desenvolver momentos de reflexão conjunta na equipa, de melhorar os registos efetuados na folha de reanimação, de desenvolver documentos sustentadores e norteadores das intervenções de enfermagem e de promover a formação da equipa no sentido de desenvolvimento de competências que melhorem o apoio prestado à família da criança e jovem em situação crítica na sala de reanimação.

Após a sessão de análise de práticas será fundamental avaliar a eficácia da mesma na prática através da observação posterior das mesas e da análise das folhas de registo de enfermagem na sala de reanimação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aldridge, M. D. (2005). Decreasing Parental Stress in the Pediatric Intensive Care Unit One Unit's Experience. *CriticalCareNurse*, 25 (6). 40-50.
- American Heart Association (2005). Part 2: Ethical issues. *Circulation*. 112, IV6-10. Acedido em: 19/02/2017. Disponível em <http://circ.ahajournals.org/>.
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica: perspectiva desenvolvimentalista*. (2ª ed). Lisboa: Climepsi.
- Béranger, A., Pierron, C., Blanquat, L. S., Jean, S. & Chappuy, H. (2017). Communication, informations et place des parents en réanimation polyvalente pédiatrique : revue de la littérature. *Archives de Pédiatrie*, 24 (3), 265-272. Acedido em 15/12/2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2016.12.00>.
- Butler, A., Copnell, B. & Willetts, G. (2013). Family-centred care in the paediatric intensive care unit: an integrative review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 2086–2100. DOI: 10.1111/jocn.12498.
- Curtis, K., Foster, K., Mitchell, R., & Van, C. (2016). Models of Care Delivery for Families of Critically Ill Children: An Integrative Review of International Literature. *Journal of Pediatric Nursing*, 31 (3), 330–341. Acedido em 15/01/2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2015.11.009>.
- Dias, J. (2004). *Formadores que desempenho?*. Loures: Lusodidacta.
- Dudley, N., Ackerman, A., Brown, K. M. & Snow, S. K. (2015) Patient- and Family-Centered Care of Children in the Emergency Department. *Pediatrics*, 135 (1), e255-e272. DOI: 10.1542/peds.2014-3424.
- Foster, K., Young, A., Mitchell, R., Van, C. & Curtis, K. (2017). Experiences and needs of parents of critically injured children during the acute hospital phase: A qualitative investigation. *Injury, Int. J. Care Injured*, 48, 114–120. Acedido em 15/09/2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.injury.2016.09.034>.
- Gill, F. J., Pascoe, E., Monterosso, L., Young, J., Burr, C., Tanner, A. & Shields, L. (2014). Parent and staff perceptions of family-centered care in two Australian children's hospitals. *European Journal for Person Centered Healthcare*, 1, 317–325. Acedido em: 10/01/2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5750/ejpch.v1i2.665>.

- Hsiao, P. R., Redley, B., Hsiao, Y.C., Lin, C.C., Han, C.Y. & Lin, H. R. (2017). Family needs of critically ill patients in the emergency department. *Int Emerg Nurs*, 30, 3-8. DOI: 10.1016/j.ienj.2016.05.002.
- Mekitarian, F. F. P. & Ângelo, M. (2015). Family's presence in the pediatric emergency room: Opinion of health's professionals. *Revista Paulista de Pediatria*, 33 (4), 460–466. Acedido em: 19/02/2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpped.2015.03.010>
- Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em Situações de doença e hospitalização. In M. Hockenberry, D. Wilson (Eds). *WONG, Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed.) (Vol. II, Cap.26. pp.1025-1060). Loures: Lusociência.
- Slota, M. C. (2013). Psychosocial Aspects of Pediatric Critical Care. In. M.F. Hazinski. *Nursing Care of The Critically Ill Child*. (3ª ed.). (Cap. 2. pp. 19-49). United States of America: Elsevier Mosby.

APÊNDICES

Apêndice 1: Apresentação *Powerpoint* da Sessão de Formação



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

APOIO À FAMÍLIA DA CRIANÇA E JOVEM EM SITUAÇÃO CRÍTICA NA SALA DE REANIMAÇÃO

SESSÃO DE ANÁLISE DE PRÁTICAS

Discente: Ana Maria Jacinto Guerreiro, nº7321

Sob orientação de:

Enª Célia Pereira

Prof. Maria Teresa Magão

10 de Janeiro de 2018

APOIO À FAMÍLIA DA CRIANÇA E JOVEM EM SITUAÇÃO CRÍTICA NA SALA DE REANIMAÇÃO

SUMÁRIO

- Objetivos
- Problemática
- Resultados da análise dos dados da folha “Registos na Reanimação”
- Considerações finais
- Referências bibliográficas

2

APOIO À FAMÍLIA DA CRIANÇA E JOVEM EM SITUAÇÃO CRÍTICA NA SALA DE REANIMAÇÃO

OBJETIVOS

GERAL:

- Contribuir para a **promoção dos CCF** à criança, jovem e família em situação crítica.

ESPECÍFICOS:

- **Apresentar os resultados** da análise dos dados da folha de registos de enfermagem na sala de reanimação relativa à presença e apoio fornecido à família;
- **Promover a reflexão** sobre a intervenção do enfermeiro no apoio à família da criança e jovem em situação crítica na sala de reanimação.

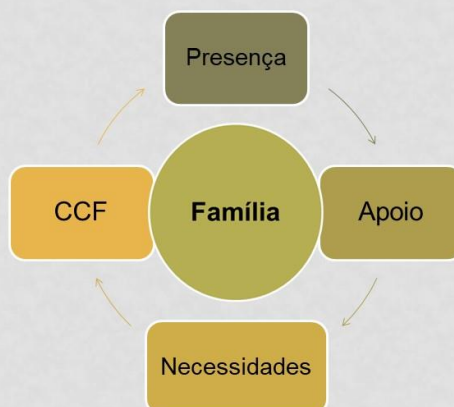
3

PROBLEMÁTICA



4

PROBLEMÁTICA



5

PROJETO DE ESTÁGIO

“CUIDAR A CRIANÇA, JOVEM E FAMÍLIA EM SITUAÇÃO CRÍTICA – intervenção do enfermeiro especialista na satisfação das necessidades da família”



Finalidade
Contribuir para a **promoção do CCF** com enfoque nas **necessidades** da família da criança e jovem em situação crítica.

6

APOIO À FAMÍLIA DA CRIANÇA E JOVEM EM SITUAÇÃO CRÍTICA NA SALA DE REANIMAÇÃO

ANÁLISE DA FOLHA DE “REGISTOS NA REANIMAÇÃO”

Nome: _____	Emergência Clínica de: _____
Região de: _____	Estado de: _____
Idade de: _____	Emergência de: _____
Sexo: _____	Emergência de: _____
Emergência Variável de: _____	Emergência de: _____
Classe de: _____	Classe de: _____
Local: _____	Local: _____
Emergência de: _____	Emergência de: _____

Notas de Enfermagem:

Transporte Preterito: Pais Funcionário Essencial
 Outros Outros Familiar Outros

Medicamentos: _____

Observações: _____

Exames Complementares: UACO Transfusão Hematológica
 Pediatra Médico Pediatra Cirúrgico Alta
 Outros

Fam. presentes: Sim Não

Após alta: Sim Não

Outros procedimentos: _____
 • Enfermagem _____
 • Médico _____
 Assistência Operacional _____

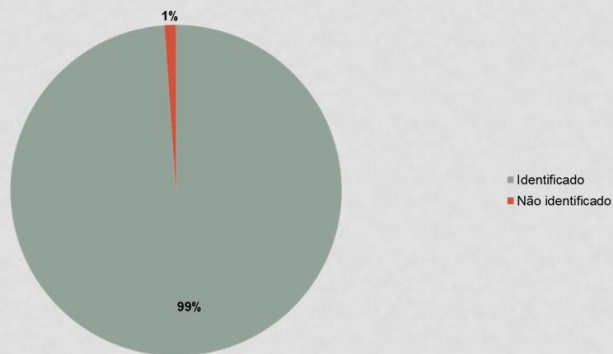
- Período de 03/01/2017 a 30/12/2017
- Amostra de 102 folhas de registo.

7

APOIO À FAMÍLIA DA CRIANÇA E JOVEM EM SITUAÇÃO CRÍTICA NA SALA DE REANIMAÇÃO

RESULTADOS

Registo da presença do familiar

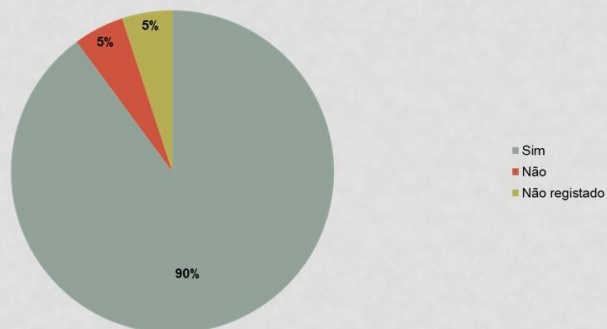


8

APOIO À FAMÍLIA DA CRIANÇA E JOVEM EM SITUAÇÃO CRÍTICA NA SALA DE REANIMAÇÃO

RESULTADOS

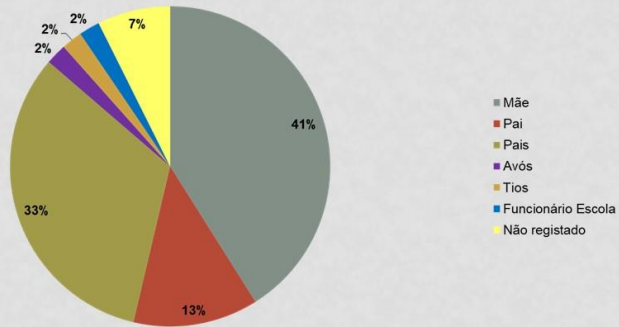
Presença de Pessoa Significativa



9

RESULTADOS

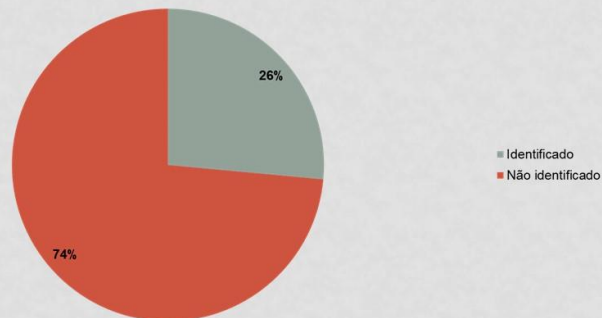
Familiar presente



10

RESULTADOS

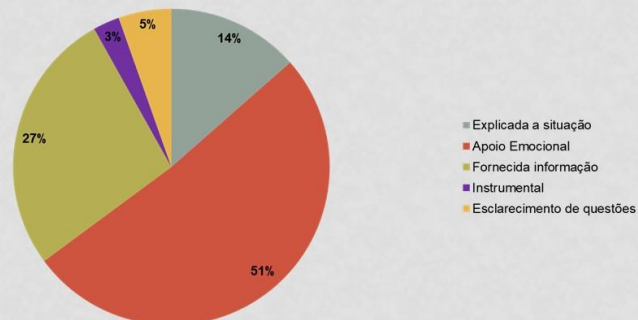
Apoio fornecido ao familiar



11

RESULTADOS

Tipo de apoio fornecido



12

REFLEXÃO



13

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os cuidados de enfermagem no SUP deverão assentar numa filosofia de **CCF** e **parceria**, através do envolvimento, fornecimento de informação, negociação e partilha na tomada de decisão.

(Dudley et al., 2015; Curtis et al., 2016; HSiao et al. 2017; IPFCC, 2017).

A **avaliação, compreensão e satisfação das necessidades** da família são fundamentais para assegurar cuidados de enfermagem promotores de CCF.

(Butler et al., 2013; Dudley et al., 2015; HSiao et al., 2017).

Lacuna significativa na evidência sobre as **necessidades da família** da criança em situação crítica.

(Aldridge, 2005; Foster et al., 2017).

14

CONSIDERAÇÕES FINAIS



(Redley et al., 2003; Sturdivant & Warren, 2009; Butler et al., 2013; Andrade et al., 2015; Romero & Colmenares, 2015; HSiao et al., 2017)

15

CONSIDERAÇÕES FINAIS



(Dudley et al., 2015; Béranger et al., 2017; Khan et al. 2017)

16

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aldridge, M. D. (2005). Decreasing Parental Stress in the Pediatric Intensive Care Unit One Unit's Experience. *CRITICALCARENURSE*, 25 (6), 40-50.
- Alisic, E., Hoysted, C., Kassam-Adams, N., Landolt, M. A., Curtis, S., Kharbanda, A. B. ... Babi, F. E. (2016). Psychosocial Care for Injured Children: Worldwide Survey among Hospital Emergency Department Staff. *J Pediatr*, 170, 227-233. e1-6. DOI: 10.1016/j.jpeds.2015.10.067.
- Andrade, R. C., Marques, A. R., Leite A.C.A.B., Martimiano, R. R., Santos, B. D., Pan, R... Nascimento, L. C. (2015). Necessidades dos pais de crianças hospitalizadas evidências para o cuidado. *Rev. Eletr. Enf.*, 17(2), 379-394. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i2.30041>.
- Béranger, A., Pierron, C., Blanquat, L. S., Jean, S. & Chappuy, H. (2017). Communication, informations et place des parents en réanimation polyvalente pédiatrique : revue de la littérature. *Archives de Pédiatrie*, 24 (3), 265-272. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2016.12.00>.
- Butler, A., Copnell, B. & Willetts, G. (2013). Family-centred care in the paediatric intensive care unit: an integrative review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 2086-2100. DOI: 10.1111/jocn.12498.
- Curtis, K., Foster, K., Mitchell, R., & Van, C. (2016). Models of Care Delivery for Families of Critically Ill Children: An Integrative Review of International Literature. *Journal of Pediatric Nursing*, 31(3), 330-341. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2015.11.009>
- Dudley, N., Ackerman, A., Brown, K. M. & Snow, S. K. (2015) Patient- and Family-Centered Care of Children in the Emergency Department. *PEDIATRICS*, 135 (1), e255-e272. DOI: 10.1542/peds.2014-3424

17

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Foster, K., Young, A., Mitchell, R., Van, C. & Curtis, K. (2017). Experiences and needs of parents of critically injured children during the acute hospital phase: A qualitative investigation. *Injury, Int. J. Care Injured*, 48, 114-120. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.injury.2016.09.034>.
- Hsiao, P. R., Redley, B., Hsiao, Y.C., Lin, C.C., Han, C.Y. & Lin, H. R. (2017). Family needs of critically ill patients in the emergency department. *Int Emerg Nurs*, 30, 3-8. DOI: 10.1016/j.ienj.2016.05.002.
- Institute for Patient and Family Centered Care (2017). *Advancing the practice of patient and family centered care in hospitals*. Bethesda: IPFCC. Acedido em 25/05/2017. Disponível em: http://www.ipfcc.org/resources/getting_started.pdf.
- Khan, A., Baird, J., Rogers, J. E., Furtak, S. L., Williams, K. A., Allair, B. ... Landrigan, C. P. (2017) Parent and Provider Experience and Shared Understanding After a Family-Centered Nighttime Communication Intervention. *Acad Pediatr*, 17 (4), 389-402. DOI: 10.1016/j.acap.
- Redley, B., Levasseur, S. A., Peters, G. & Bethune, E. (2003). Familie's needs in emergency departments: instrument development. *Journal of Advanced Nursing*, 43(6), 606-615. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2003.02759.x.
- Romero, H. R. A. & Colmenares, S. M. R. (2015). Necesidades percibidas de atención por niños, cuidadores y enfermeros durante la hospitalización en una unidad de cuidado intensivo. *Investig Enferm. Imagen Desarr*, 17(1), 113-130. DOI: 10.11144/Javeriana.IE17-1.npan.
- Sturdivant, L. & Warren, N. A. (2009) Perceived met and unmet needs of family members of patients in the pediatric intensive care unit. *Crit Care Nurs Q.*, 32 (2), 149-158. DOI: 10.1097/CNQ.0b013e3181a27f6d.

18



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

APOIO À FAMÍLIA DA CRIANÇA E
JOVEM EM SITUAÇÃO CRÍTICA NA
SALA DE REANIMAÇÃO

SESSÃO DE ANÁLISE DE PRÁTICAS

Muito Obrigada!!

Apêndice 15 - “Cuidados Centrados na Família da criança em situação crítica: apoio à família na sala de reanimação” - Contributo para um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DE LISBOA**

8º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

2º Ano - 1º Semestre

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Cuidados Centrados na Família da criança em situação crítica: apoio à família na sala de reanimação

**Contributo para um projeto de melhoria contínua da
qualidade dos cuidados de enfermagem**

Ana Maria Jacinto Guerreiro

Docente Orientador: Professora Doutora Maria Teresa Magão

LISBOA

Janeiro de 2018

LISTA DE ABREVIATURAS

AHA- American Heart Association

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

ERC- European Resuscitation Council

OE- Ordem dos Enfermeiros

PBE- Práticas baseadas na evidência

RMDE- Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem

SUP- Serviço de Urgência Pediátrica

UCIP- Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

UUP- Unidade de Urgência Pediátrica

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
1. IDENTIFICAR E DESCREVER O PROBLEMA	5
2. PERCEBER O PROBLEMA E DIMENSIONÁ-LO	8
3. FORMULAR OBJETIVOS INICIAIS	14
4. PERCEBER AS CAUSAS.....	15
5. PLANEAR E EXECUTAR AS TAREFAS/ATIVIDADES.....	18
5.1 Cronograma	18
5.2 Metodologia das atividades a desenvolver	18
6. VERIFICAR OS RESULTADOS	21
7. PROPOR MEDIDAS CORRETIVAS, STANDARDIZAR E TREINAR A EQUIPA	22
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24
APÊNDICES	
Apêndice 1: Resultados da análise à folha de registos de enfermagem na sala de reanimação	
Apêndice 2: “Distribuição e atuação dos elementos numa situação de reanimação” - Revisão da norma de procedimento	
Apêndice 3: Folha de registo de enfermagem na sala de reanimação – Revisão	

INTRODUÇÃO

A realização deste documento assenta numa proposta de projeto de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e surge no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria. Este projeto resulta de um percurso desenvolvido no estágio que decorreu na Unidade de Urgência Pediátrica (UUP) de um Hospital Central dos arredores de Lisboa.

O presente documento partiu da análise de uma realidade representativa de boas práticas promotoras de Cuidados Centrados na Família (CCF) na UUP no que concerne à presença da família da criança em situação crítica na sala de reanimação mas com a necessidade de melhoria ao nível do apoio fornecido à mesma nesse contexto. Por se constituir como um contributo para um projeto de melhoria da qualidade, este foi apresentado à docente e enfermeira orientadora e posteriormente à enfermeira chefe para validação e aprovação, com vista a dar continuidade à sua implementação após o final do estágio.

A sua principal finalidade consiste em contribuir para a melhoria da prática de cuidados de enfermagem no que concerne ao apoio prestado à família da criança e jovem em situação crítica na sala de reanimação e assim alcançar ganhos em saúde e elevados níveis de satisfação do cliente (Dudley, Ackerman, Brown & Snow, 2015; Béranger, Pierron, Blanquat, Jean & Chappuy, 2017; Khan et al., 2017; Manguy, Joubert, Oakley & Gordon, 2018). Além disso, a sua realização irá simultaneamente promover o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista, comuns e específicas, no domínio da melhoria da qualidade ao nível da conceção, gestão e colaboração em programas neste âmbito (Ordem dos Enfermeiros - OE, 2010a; OE, 2010b)

A elaboração deste documento terá como elemento norteador o Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, inserido no Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, emanado pela Secção Regional Sul da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2013b).

1. IDENTIFICAR E DESCREVER O PROBLEMA

A hospitalização da criança, do jovem e da família traduz-se num momento difícil e de elevada angústia nomeadamente em situações de emergência nas quais não é possível antecipar qualquer tipo de preparação (Barros, 2003; Slota, 2013). Neste contexto, a prestação dos cuidados de enfermagem numa orientação cujos princípios sejam norteados por uma filosofia de CCF e de cuidados não traumáticos, poderá ser uma das formas de minimizar o impacto de uma hospitalização não prevista (Sanders, 2014).

A filosofia dos CCF é um pilar fundamental da enfermagem pediátrica e um importante impulsionador da melhoria global da qualidade dos cuidados prestados, contudo parecem ainda existir dificuldades na sua implementação, nomeadamente em contextos de elevada complexidade como os serviços de urgência (Curtis, Foster, Mitchell & Van, 2016). As características únicas do contexto da UUP, relacionadas com a situação aguda e súbita, com o ambiente desconhecido e desprovido de relação prévia entre os profissionais de saúde e a criança, jovem e família, com a natureza da admissão hospitalar e com uma elevada carga de trabalho, podem ser barreiras para que os enfermeiros se comprometam com uma filosofia de CCF (Gill et al., 2014; Dudley et al., 2015). Todavia, apesar destes desafios, é possível alcançar a excelência dos cuidados através de uma filosofia de CCF num Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) que seja promotora da segurança, do conforto e da satisfação do paciente (Dudley et al., 2015).

A promoção da presença da família, a identificação e a satisfação das suas necessidades poderão ser elementos sustentadores de um modelo de cuidados, promotor de CCF (Butler, Copnell & Willetts, 2013; Curtis et al., 2016; Béranger et al., 2017; Hsiao, Redley, Hsiao, Lin, Han & Lin, 2017). A presença da família na sala de reanimação em situações de gravidade e risco de vida da criança e jovem não é consensual nas equipas de saúde (American Heart Association - AHA, 2005; Mekitarian & Ângelo, 2015), mas com o decorrer dos tempos a sua presença começou a ser incentivada e hoje é uma realidade na UUP. No entanto, a família está presente mas parecem haver dificuldades no apoio à mesma e um certo distanciamento por parte dos profissionais, nomeadamente em situações de grande instabilidade

fisiológica e morte da criança. O problema assume especial relevância quando estamos perante uma UUP que recebe cerca de 102 crianças por ano na sala de reanimação e em que a família está presente em 90% das situações de acordo com os dados referentes à análise realizada à folha de registo de enfermagem na sala de reanimação referente ao ano 2017 (Apêndice 1).

A importância desta temática para a enfermagem reside no facto da presença da família da criança na sala de reanimação e o apoio à mesma se inserirem no foco *Parentalidade* que pertence ao *Core* de Focos de Enfermagem na área da assistência às crianças em contexto hospitalar, do Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem (RMDE) (OE, 2007). O RMDE “corresponde a um conjunto de diagnósticos, intervenções e resultados de Enfermagem” (OE, 2007, p.1). O mesmo assume primordial relevância por ser representativo de indicadores de processo, medição e informação que poderão ser os alicerces da criação de indicadores de saúde que, através da sua avaliação, poderão contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados e dos serviços de saúde (Campbell et al., 2007; Halberg, 2009). Sendo os enfermeiros, uma parte integrante de um sistema de prestação de cuidados de saúde, torna-se fulcral a definição de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, pois demonstram efetivamente as intervenções e atos que praticam, os resultados que alcançam e o seu custo (International Council of Nurses - ICN, 2009). A implementação destes indicadores poderá contribuir para o conhecimento do estado de saúde das populações e definir o seu contributo para os ganhos em saúde (OE, 2007).

A lacuna na evidência ao nível do apoio à família da criança gravemente doente é significativa, devendo ser colmatada através da formação da equipa multidisciplinar com vista à melhoria da prestação de cuidados de apoio à família nestas situações (Alisic et al., 2016). Desta forma, é essencial que existam orientações concretas e informações sobre como apoiar as famílias das crianças e jovens em situação crítica por estas serem potenciadoras de um enorme stress e ansiedade. A realidade da UUP é reveladora da necessidade de intervenção ao nível da normatização e formação que sustente os cuidados de enfermagem de apoio à família da criança e jovem em situação crítica presente na sala de reanimação. A única norma de procedimento relativamente à atuação da equipa de enfermagem na sala de reanimação não

contempla o apoio à família da criança e teve a última revisão em 2015 mas sem alteração do conteúdo da elaborada em 2008. A todos estes aspetos conjuga-se o facto de não existir formação em serviço relacionada com esta temática desde 2012.

Por tudo o que foi referido anteriormente, emerge a necessidade de desenvolver um plano de intervenção estruturado e sistematizado no apoio à família da criança em situação crítica na sala de reanimação com vista ao desenvolvimento de modelos de atuação na UUP alicerçados numa filosofia de CCF e que sejam conducentes da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

2. PERCEBER O PROBLEMA E DIMENSIONÁ-LO

A perceção do problema iniciou-se a partir da observação de algumas situações ocorridas na sala de reanimação relacionadas com a presença da família da criança gravemente doente e com algumas fragilidades sentidas e observadas relativamente ao apoio fornecido à família. A revisão bibliográfica permitiu compreender os modelos atuais preconizados para a promoção do CCF em contextos de elevada complexidade como a UUP e as recomendações atuais referentes à presença da família da criança e jovem em situação crítica na sala de reanimação. Posteriormente foi realizada uma análise às folhas de registo de enfermagem na sala de reanimação relativamente à presença de pessoa significativa, quem é essa pessoa, se foi fornecido algum tipo de apoio e qual o tipo de apoio fornecido (Apêndice 1), que permitiu uma melhor perceção da dimensão do problema na UUP, tendo por base esses mesmos modelos e recomendações.

A hospitalização motivada por uma situação que coloque em risco a vida da criança ou jovem, com necessidade ou não de suporte avançado de vida, é descrita como um dos eventos de vida mais stressantes para pais e famílias de crianças (Dudley et al., 2015). A admissão da criança e do jovem em situação crítica e da sua família a um SUP potencia o sentido de controlo por parte da equipa multidisciplinar especializada, ficando a família envolvida por um ambiente desconhecido e por sentimentos de medo, incerteza e insegurança (Allen, 2014; Hsiao et al., 2017). Os pais das crianças em situação crítica são geralmente assolados pelo medo e preocupação com a sobrevivência do seu filho, desencadeando sentimentos de choque, tristeza, desamparo, confusão e culpabilização, relacionados com a perda súbita de um filho saudável para um gravemente doente ou ferido e com as mudanças na aparência e no comportamento da criança (Noyes, 1999; Foster, Young, Mitchell, Van & Curtis, 2017). A compreensão das crenças sobre a causa da doença ou acidente são fundamentais para a identificação dos sentimentos dos pais e para delinear intervenções mais adequadas à promoção do seu bem-estar psicológico e das crianças (Foster et al., 2017).

A filosofia dos CCF é essencial para uma prática de cuidados de enfermagem holística, particularmente perante a criança e jovem em situação crítica, onde o impacto fisiológico e psicológico do internamento na família é enorme (Coombs et al.

2017). A evidência tem demonstrado que a prestação de cuidados de enfermagem a crianças em situação crítica no SUP deverá assentar nos princípios dos CCF (Dudley et al., 2015) e na parceria, através do envolvimento, negociação e partilha na tomada de decisão (Slota, 2013; Curtis et al., 2016; Institute for Patient and Family Centered Care, 2017). Os CCF assentam na premissa da igualdade de relacionamento entre os membros da família e os profissionais de saúde, na presença e participação dos pais nos cuidados, na informação aberta e honesta, no envolvimento e na colaboração entre os profissionais de saúde, a criança e sua família (Butler et al., 2013). Os CCF têm inúmeros benefícios para a criança, para o jovem e para a sua família mas também para os profissionais pela melhoria dos cuidados prestados, traduzidos numa maior eficiência, numa melhor comunicação e coordenação na equipa multidisciplinar e no aumento da satisfação do cliente (Dudley et al., 2015; Béranger et al., 2017; Khan et al., 2017).

A presença da família nos SUP é uma medida representativa de cuidados assentes na filosofia de CCF mas igualmente de respeito pelo direito da criança hospitalizada que deve ser salvaguardado em todos os contextos da prática de cuidados (Carta da Criança Hospitalizada, 2008; European Association for Children in Hospital - EACH, 2009; Diário da República, 2014). As organizações internacionais, como a *American Heart Association* (AHA) e o *European Resuscitation Council* (ERC) recomendam um modelo de cuidados que assente na promoção da presença da família durante os procedimentos invasivos e de ressuscitação cardiorrespiratória na sala de reanimação. A introdução do modelo de CCF na sala de reanimação, torna necessário dar a possibilidade das famílias decidirem se querem ou não permanecer junto da pessoa durante procedimentos invasivos e de ressuscitação cardiorrespiratória, desde que conscientes dos benefícios e implicações para os próprios e para todos os intervenientes no processo (McAlvin & Carew-Lyons, 2014; Dudley et al. 2015). Ao enfermeiro compete a avaliação das preferências da família para participar, observar ou esperar fora da sala de reanimação (Brown, 2014).

A evidência realça que a maioria das famílias opta por estar presente e disponível enquanto estão a ser realizados procedimentos invasivos e prestados cuidados de suporte básico e avançado de vida (cuidados “life saving”) à criança (Mangurten et al., 2006; Mekitarian, 2013; Jabre et al., 2014; Curtis et al., 2016; Hsiao et al., 2016; Pasek & Licata, 2016). A opção das famílias de não estarem presentes deverá ser igualmente

respeitada, apoiando a família na tomada de decisão, incentivando a sua proximidade para que possam estar disponíveis para a criança após a realização de procedimentos e assegurando que as famílias são apoiadas no espaço exterior (Brown, 2014; McAlvin & Carew-Lyons, 2014). Além disso, a família que opte por não estar presente deverá ser tranquilizada em como haverá algum profissional responsável pela prestação de apoio à criança, devendo ser este elemento que informará posteriormente a família sobre a forma como decorreram os procedimentos e o comportamento da criança durante os mesmos (Brown, 2014). Os benefícios emocionais e psicológicos da presença da família, se for opção da mesma, em situações de reanimação cardiorrespiratória são imensos (Jabre et al., 2014) pois ajuda a melhor compreender a situação, a verificar que tudo é feito para salvar o seu filho e a reduzir sentimentos de incerteza e a ansiedade (Maxton, 2008). De acordo com Mangurten et al. (2006), as famílias que estiveram presentes e receberam apoio relataram benefícios positivos no que concerne a uma melhor comunicação com a equipa de saúde, ao fornecimento de informações mais eficaz, ao aumento do sentimento de controlo e à diminuição do stress e trauma.

A presença da família na sala de reanimação é desejável e deve ser incentivada, desde que haja um membro da equipa disponível para explicar o processo e ao mesmo tempo garantir que estes não interferem nos cuidados (Maconochie et al., 2015). O fornecimento de informações, o apoio à família e o seu envolvimento no planeamento e tomada de decisões sobre os cuidados prestados são um elemento essencial para a implementação de modelos alicerçados na filosofia dos CCF, independentemente da decisão da família estar ou não presente (Dudley et al., 2015). Contudo, os membros da família ainda são convidados pelos profissionais de saúde para sair e a não estarem presentes (AHA, 2005). A ansiedade e a preocupação dos profissionais de saúde relativamente à presença da família deverá ser colmatada através do treino e da formação que desenvolvam competências emocionais e de comunicação e melhorem o apoio fornecido à mesma nestas situações (Mangurten et al., 2006).

A chegada de uma criança ou jovem à UUP geralmente é súbita, sem aviso e quando é comunicada antecipadamente, o tempo até à sua chegada é rápido, o que limita a preparação da sala de reanimação para a sua admissão. Assim, torna-se fundamental que a equipa esteja preparada para um envolvimento imediato com a

família, através de uma avaliação e intervenção simultânea (Foster et al., 2017). Apesar de ser difícil a sua concretização em contextos como o UUP, a compreensão das necessidades da família da criança e jovem em situação crítica é fundamental para o desenvolvimento de intervenções de enfermagem de apoio mais adequadas e que visem diminuir o stress familiar (Aldridge, 2005; Hsiao et al., 2017). Embora exista alguma evidência relacionada com as necessidades dos pais da criança em situação crítica hospitalizada na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (Noyes, 1999; Romero & Colmenares, 2015), há uma lacuna significativa sobre a vivência deste processo pela família e sobre a intervenção relacionada com o apoio aos pais da criança gravemente doente (Aldridge, 2005; Curtis et al., 2016; Foster et al., 2017), nomeadamente nos SUP.

A evidência consultada realça a importância da presença da família na sala de reanimação, do apoio à mesma e da necessidade de existência de práticas sistematizadas e orientadas pelos princípios inerentes à filosofia de CCF (Dudley et al., 2015; Byczkowski, Gillespie, Kennebeck, Fitzgerald, Downing & Alessandrini, 2016; Manguy et al., 2018). A promoção precoce de apoio à família resulta na redução das respostas psicológicas agudas, permitindo o desenvolvimento de mecanismos de *coping* (Hsiao et al., 2017 que irão melhorar a capacidade de adequação da família à situação e conseqüente disponibilidade da mesma para ajudar a criança). A análise à folha de registo de enfermagem na sala de reanimação (Apêndice 1), a qual contempla um campo sobre a presença da família e o tipo de apoio realizado à mesma, permite referir que a realidade da UUP é concomitante com a evidência. Na verdade, embora seja promovida a presença da família na UUP, parecem haver algumas fragilidades e práticas dissonantes na equipa de enfermagem relativamente ao apoio fornecido à família da criança e jovem em situação crítica na sala de reanimação.

O processo de análise às folhas de registo de enfermagem na sala de reanimação foi referente ao período de 03/01/2017 a 30/12/2017 e teve uma amostra de 102 documentos. Desta análise destacam-se os seguintes resultados:

- O registo da presença ou ausência do familiar na sala de reanimação foi realizado em 99% das situações;
- Nas situações em que foi realizado o registo do familiar presente, observou-se que a família estava presente em 90% das situações;

- O familiar que esteve mais presente foi a mãe em 40%, seguida dos pais em 33%, do pai em 13%, dos avós, tios ou funcionários da escola em 2%. Os casos de não registo corresponderam a 7%;

- O tipo de apoio fornecido à família não foi registado em 74% das situações;

- O apoio fornecido foi, na sua maioria, referido como de tipo emocional (51%), seguido do fornecimento de informação (21%), da explicação da situação (14%), do esclarecimento de questões (5%) e do instrumental (3%).

A realização do registo do apoio fornecido à família foi significativamente inferior ao registo da presença do familiar, o que pode representar alguma desvalorização da equipa relativamente à importância do registo ou dificuldades da mesma no apoio à família na sala de reanimação. A análise foi ainda representativa de dificuldades na uniformização do registo relativamente ao tipo de apoio fornecido, tendo sido encontrados alguns registos em não conformidade por referirem somente a quem foi fornecido ou por quem foi fornecido o apoio, não caracterizando a sua tipologia. Na maior parte das vezes, o enfermeiro registou somente que era prestado apoio emocional, sem nunca se caracterizar como se concretiza este mesmo apoio e quais as necessidades da família nesse momento.

A análise efetuada à folha de registos de enfermagem na sala de reanimação, demonstrou uma área de cuidados a carecer de melhoria ao nível do apoio fornecido à família da criança e jovem em situação crítica na sala de reanimação. Com vista a contribuir para a reflexão, aquisição de conhecimento e melhoria da prática de cuidados de enfermagem em contexto de trabalho no que concerne ao apoio prestado à família da criança e jovem em situação crítica, foi desenvolvida uma sessão de análise de práticas dirigida à equipa de enfermagem, intitulada “Apoio à família da criança e jovem em situação crítica na sala de reanimação” que se desenvolveu através da apresentação de indicadores dos cuidados de enfermagem prestados à família na sala de reanimação e da promoção de uma oportunidade de reflexão conjunta.

Desta forma, é essencial que existam orientações concretas e informações sobre como apoiar as famílias das crianças e jovens em situação crítica por este se constituir como um momento de enorme stress e ansiedade. A formação dos enfermeiros da UUP e o desenvolvimento de documentos que visem sistematizar a intervenção do enfermeiro no apoio à família da criança e jovem em situação crítica com foco na

satisfação das necessidades da família, será fundamental para a melhoria da qualidade e excelência dos cuidados prestados.

3. FORMULAR OBJETIVOS INICIAIS

Objetivo geral:

- Contribuir para a melhoria das intervenções de enfermagem e da documentação referente ao apoio à família da criança e jovem em situação crítica.

Objetivo específico:

- Definir orientações para a prática de enfermagem no apoio à família da criança e jovem em situação crítica.

4. PERCEBER AS CAUSAS

A UUP pertence ao serviço de Pediatria de um hospital dos arredores de Lisboa que apresenta como missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados à população e o desenvolvimento de atividades de ensino em colaboração com entidades públicas e privadas, de investigação e de formação, pré e pós graduada, de profissionais de saúde (Costa, Primo, Calhau, Rocha & Araújo 2015). A missão organizacional assenta na melhoria da qualidade assistencial à população, estando definidas no plano estratégico 2013/2015, medidas direcionadas para a melhoria da qualidade do atendimento e dos cuidados prestados (Rodrigues et al., 2015) com vista ao alcançar da acreditação pelo *Caspe Healthcare Knowledge System*. A filosofia do serviço de pediatria, destaca-se pela visão da unicidade e singularidade de cada criança e jovem, pelo reconhecimento da importância do trabalho em equipa e pela humanização de cuidados através da integração, colaboração e participação dos pais na prestação de cuidados aos seus filhos (Costa et al., 2015).

A UUP admite todas as crianças em idade pediátrica que necessitem de cuidados urgentes ou emergentes na sequência de situações de doença súbita, agravamento de patologia preexistente ou acidentes de diversa ordem. No que concerne ao espaço físico é constituída por uma área de assistência ao exterior, aberta e sem dependência de referenciação, o que propicia a inscrição e atendimento de um elevado número de casos, muitos dos quais sem necessidade de cuidados hospitalares urgentes, sendo aqui que se encontra a sala de reanimação destinada à prestação de cuidados à criança e jovem gravemente doentes. Além disso tem uma valência de internamento de curta duração, denominada de Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD), com 9 camas, para vigilância e orientação de situações que necessitem de avaliação mais demorada e/ou de tratamento em regime de internamento de duração, previsivelmente curta (Costa et al., 2015).

A equipa de enfermagem é composta pela enfermeira chefe e por 20 enfermeiros, dos quais 5 são Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ). Existem um total de 5 equipas cuja gestão é efetuada por um chefe de equipa, definido pela enfermeira chefe de serviço ou, na sua ausência, por um segundo elemento. Tendo em consideração que os enfermeiros especialistas nem sempre são os profissionais com maior experiência profissional, particularmente em cuidados emergentes, a chefia de equipa é realizada não apenas por enfermeiros

especialistas mas igualmente por enfermeiros generalistas a quem lhes são reconhecidas competências na área da gestão de equipas.

No que respeita particularmente à temática da presença da família na sala de reanimação salienta-se a elaboração de um poster que foi apresentado num evento científico em 2006 sobre os seus benefícios numa perspetiva de CCF e mais tarde em 2011 sobre a caracterização das situações de emergência pediátrica na UUP. Estes trabalhos foram essenciais para a reflexão e compreensão da pertinência da presença da família na sala de reanimação, contextualização da realidade da UUP e para perceber algumas áreas a carecer de melhoria, nomeadamente o registo de enfermagem. Em 2011 foi reformulado o documento de registo na sala de reanimação que passou a integrar a presença da família e o tipo de apoio que é fornecido à mesma na sala de reanimação. A caracterização das situações ocorridas na sala de reanimação e as alterações efetuadas às folhas de registo de enfermagem foram apresentadas numa sessão de formação em serviço à equipa de enfermagem em 2012, não havendo formação relacionada com a temática desde então.

Em 2003 a equipa de enfermagem desenvolveu uma norma referente à distribuição e atuação dos elementos na sala de reanimação, com o objetivo de antecipar e uniformizar critérios de intervenção, na qual são distribuídos 3 enfermeiros com diferentes funções. Esta norma é direcionada para os cuidados imediatos de estabilização fisiológica, não estando definido qual o enfermeiro e qual o seu papel no apoio à família da criança em situação crítica na sala de reanimação. Tudo isto é revelador que, efetivamente a presença da família é incentivada, mas que o modelo de cuidados à criança, jovem e família em situação crítica na sala de reanimação ainda está muito direcionado para a vertente biomédica, ao invés do desenvolvimento de CCF e alicerçados num modelo holístico, que integra a pessoa como um todo, enquanto ser biológico, psicológico, social, cultural e espiritual (Papathanasiou, Sklavou & Kourkouta, 2013) com as suas próprias características e necessidades (Hsiao et al., 2017). Em 2008, 2013 e 2015 foram realizadas revisões da norma apenas no que se refere à sua estruturação, com vista a dar resposta à necessidade de padronização e auditoria das normas de procedimento da instituição.

A análise efetuada à folha de registos de enfermagem na sala de reanimação, foi fundamental para contextualizar a problemática e fundamentar a sua pertinência para a equipa de enfermagem da UUP. Além disso, a sessão de análise de práticas

teve igualmente uma relevância significativa por ter proporcionado a projeção de estratégias em grupo, que certamente conduzirão a mudanças, a práticas baseadas na evidência e alicerçadas nos princípios inerentes aos CCF e a uma melhoria da qualidade dos cuidados na UUP. Esta atividade permitiu também o desenvolvimento do conhecimento, através da partilha da evidência científica atual relacionada com a temática, nomeadamente com as necessidades da família da criança em situação crítica.

Desta forma emerge a necessidade de atualização e sistematização das intervenções com vista a uniformizar e alicerçar as práticas conducentes da melhoria da qualidade dos cuidados, de ganhos em saúde e aumento da satisfação do cliente (Dudley et al., 2015; Byczkowski et al., 2016; Manguy et al., 2018). O presente documento poderá constituir-se como uma importante ferramenta para a promoção de cuidados alicerçados em modelos de CCF e para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados através da satisfação das necessidades da família da criança e jovem em situação crítica e da intervenção do enfermeiro no cuidar a estas famílias de forma mais adequada e centrada na sua individualidade e unicidade.

5. PLANEAR E EXECUTAR AS TAREFAS/ATIVIDADES

5.1. Cronograma

Meses	Janeiro		Maior	Junho	Julho
Semanas	1-7	8-14	27-31	A definir	17-24
Revisão da norma de procedimento “Distribuição e atuação dos elementos numa situação de reanimação”					
Revisão da folha de registo de enfermagem na sala de reanimação					
Apresentação da norma de procedimento e da folha de registo de enfermagem na sala de reanimação à equipa de enfermagem					
Formação para os enfermeiros responsáveis pelo fornecimento de apoio à família na sala de reanimação					
Elaboração de um guia de intervenções de enfermagem no apoio à família da criança e jovem em situação crítica					

5.2. Metodologia das atividades a desenvolver

A lacuna na evidência e na prática ao nível do apoio à família da criança gravemente doente é significativa, devendo ser colmatada através da formação da equipa multidisciplinar com vista à melhoria da prestação de cuidados de apoio à família nestas situações (Alisic et al., 2016). A formação dos enfermeiros e o desenvolvimento de documentos que visem sistematizar a sua intervenção no apoio à família da criança e jovem em situação crítica com foco na satisfação das necessidades da família, poderá ser fundamental para a melhoria da qualidade dos cuidados, para uma maior eficácia dos mesmos e para uma maior satisfação do utente (Dudley et al., 2015; Béranger et al., 2017; Khan et al., 2017).

Neste sentido, foram desenvolvidas atividades que visaram ir de encontro às estratégias e atividades identificadas na sessão de análise de práticas através da auscultação dos EEESCJ e enfermeiros do serviço. Estas atividades traduziram-se na elaboração de documentos que serão, numa fase posterior, apresentados à equipa de enfermagem e implementados na UUP com a finalidade de contribuir para a promoção dos CCF à criança, jovem e família em situação crítica com enfoque na satisfação das necessidades da família.

Uma das atividades desenvolvidas relacionou-se com o desenvolvimento de documentos de apoio à prática de enfermagem, nomeadamente a revisão da norma de procedimento sobre a distribuição e atuação dos elementos numa situação de reanimação (Apêndice 2). No contexto do SUP, a entrada da criança gravemente doente geralmente não é prevista, o que conduz a sentimentos de ansiedade e ao stress parental, associados por vezes a sentimentos de culpabilização pela situação ocorrida (Slota, 2013; Foster et al., 2017). O momento em que as famílias entram no serviço marca a necessidade imediata de uma intervenção de enfermagem ao nível do apoio à mesma uma vez que o stress não termina com a sua chegada ao hospital, podendo inclusivamente constituir-se como o início de uma hospitalização prolongada (Foster et al., 2017). Desta forma é essencial que os profissionais de saúde da UUP saibam previamente o seu papel perante a admissão de crianças e jovens em situação crítica na sala de reanimação. A revisão desta norma visou sistematizar a distribuição dos elementos e as suas funções na sala de reanimação tendo conduzido à necessidade de refletir e equacionar a pertinência da relevância de poder existir, por turno, um enfermeiro previamente definido para apoiar a família da criança e jovem em situação crítica nomeadamente em contexto de admissão na sala de reanimação. Neste sentido, após reflexão conjunta com a equipa na sessão de análise de práticas, foi atribuída a responsabilidade de prestação de apoio à família da criança e jovem em situação crítica a um enfermeiro responsável na sala de reanimação. As suas funções foram clarificadas nesta norma, através de um conjunto de intervenções de enfermagem norteadoras do apoio à família da criança e jovem em situação crítica na sala de reanimação na UUP.

As intervenções de enfermagem estabelecidas foram baseadas na evidência consultada sobre as necessidades da família da criança em situação crítica, tendo como principal finalidade alicerçar o raciocínio clínico e a tomada de decisão do enfermeiro. O apoio à família da criança em situação crítica foi dividido em quatro grandes categorias de intervenção: promoção da presença; fornecimento de informações, promoção do papel parental, desenvolvimento de confiança/segurança e promoção do conforto. O apoio adequado à família da criança e jovem gravemente doentes irá certamente contribuir para minimização do stress vivenciado pela família, promover práticas alicerçadas na filosofia dos CCF e melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Por se revelar um dos aspetos carentes de melhoria, após auscultação dos enfermeiros na sessão de análise de práticas, foi ainda realizada a revisão da folha de registo de enfermagem na sala de reanimação no que concerne ao tipo de apoio fornecido à família da criança em situação crítica (Apêndice 3). No sentido de uniformização, foram feitas alterações à forma de registo, de acordo com as necessidades da família da criança e do jovem em situação crítica. Os registos de enfermagem, deverão centrar-se na pessoa e integrar os cuidados individualizados prestados pelos enfermeiros (Kärkäinen, Bondas & Eriksson, 2005), numa abordagem que transpareça o cuidado de enfermagem em si, baseado na apreciação individual da pessoa e do que se conhece da mesma para além da doença.

6. VERIFICAR OS RESULTADOS

As principais estratégias definidas relacionaram-se com a necessidade de continuar a desenvolver momentos de reflexão conjunta na equipa, de melhorar os registos efetuados na folha de reanimação, de elaborar documentos sustentadores e norteadores das intervenções de enfermagem e de promover a formação da equipa no sentido de desenvolvimento de competências que melhorem o apoio prestado à família da criança e jovem em situação crítica na sala de reanimação.

A revisão da norma de procedimento poderá organizar e sistematizar a intervenção perante a entrada da criança gravemente doente e sua família na sala de reanimação uma vez que a eficácia da intervenção a este nível, exige treino e planeamento, necessitando o enfermeiro de uma constante atualização dos seus conhecimentos, integrados numa vertente holística e de relação, interligadas com os aspetos tecnológicos e científicos associados aos cuidados de enfermagem (Graça, 1997). Neste sentido, poderá ser importante realizar sessões de análise de práticas posteriores que promovam a partilha e a reflexão sobre as práticas referentes ao apoio fornecido à família da criança em situação crítica na sala de reanimação com vista a avaliar a eficácia das estratégias e atividades desenvolvidas.

Posteriormente, será fundamental proceder à análise da folha de registo de enfermagem na sala de reanimação no sentido de avaliar a eficácia das medidas corretivas implementadas nomeadamente a uniformização do registo referente à tipologia do apoio fornecido. A revisão da folha de registo de enfermagem referente ao tipo de apoio fornecido à família da criança em situação crítica na sala de reanimação será um contributo para a uniformização do registo e de indicadores de cuidados de enfermagem que poderão fundamentar os sistemas de suporte e de apoio à prática de enfermagem. Desta forma, promoverá o desenvolvimento de uma linguagem comum entre os enfermeiros e indicadores de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem que, partindo da sua análise, poderão expandir o conhecimento disciplinar, clarificar o que é próprio da disciplina de Enfermagem e progredir no sentido de uma Enfermagem Avançada.

7. PROPOR MEDIDAS CORRETIVAS, STANDARDIZAR E TREINAR A EQUIPA

A presença da família na sala de reanimação constitui-se como uma das medidas promotoras de CCF de maior relevância no contexto da UUP, no entanto a equipa de enfermagem carece de formação e de documentação que possa sustentar as intervenções de apoio à família da criança gravemente doente por este se constituir como um momento de enorme stress e ansiedade. A existência de orientações concretas e informações sobre como apoiar as famílias das crianças em situação crítica são essenciais em contextos de urgência (Manguy et al., 2018). A necessidade de provisão de cuidados de enfermagem de apoio a diversos níveis à família da criança e jovem em situação crítica baseada numa filosofia de CCF deverá passar pelo desenvolvimento de protocolos de intervenção e de formação dos enfermeiros sobre a importância do apoio à família nestas situações (Alisic et al., 2016, Foster et al., 2017; Manguy et al., 2018).

Desta forma, a continuidade deste projeto passa essencialmente por:

- Apresentar a norma de procedimento e da folha de registo de enfermagem na sala de reanimação à equipa de enfermagem para partilhar as alterações realizadas, promover a reflexão conjunta e implementar os respetivos documentos;
- Formação aos enfermeiros responsáveis pelo fornecimento de apoio à família na sala de reanimação com vista ao desenvolvimento de competências pessoais e profissionais que sejam promotoras de intervenções mais eficazes e adequadas às necessidades e unicidade da família;
- Elaboração de um guia de intervenções de enfermagem para o apoio à família da criança e jovem em situação crítica, após a formação anteriormente referida. Este documento visará fornecer um contributo à equipa de enfermagem sobre as intervenções de apoio à família com foco nas necessidades da família da criança e jovem em situação crítica, cuja compreensão e satisfação se constituem como elementos essenciais na promoção de cuidados assentes na filosofia de CCF.

Atendendo a que este documento surgiu na sequência de um estágio realizado no âmbito académico, considero importante, para a sua continuidade, que seja

definido um grupo de trabalho que terá como principal finalidade a dinamização de formação à equipa de enfermagem sobre a temática à luz da evidência, a atualização e auditorias das normas e documentos sustentadores das práticas e a divulgação de resultados e indicadores de cuidados de enfermagem na própria equipa e em eventos científicos.

As ferramentas iniciais estão neste momento criadas, importando agora dar continuidade a este percurso cujos alicerces assentam na importância de incluir a família em todo o processo de cuidados desde a admissão na UUP, promovendo o seu envolvimento, apostando na formação dos enfermeiros e na investigação que possa fundamentar o desenvolvimento de práticas baseadas na evidência que sejam promotoras de um modelo de cuidados alicerçado nos princípios dos CCF (Dudley et al., 2015).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aldridge, M. D. (2005). Decreasing Parental Stress in the Pediatric Intensive Care Unit One Unit's Experience. *CriticalCareNurse*, 25 (6). 40-50.
- Alisic, E., Hoysted, C., Kassam-Adams, N., Landolt, M. A., Curtis, S., Kharbanda, A. B. ... Babl, F. E. (2016). Psychosocial Care for Injured Children: Worldwide Survey among Hospital Emergency Department Staff. *J Pediatr*, 170, 227-233, e1-6. DOI: 10.1016/j.jpeds.2015.10.067.
- Allen, K. A. (2014). Parental decision-making for medically complex infants and children: An integrated literature review. *Int J Nurs Stud*, 51 (9), 1289–1304. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2014.02.003.
- American Heart Association (2005). Part 2: Ethical issues. *Circulation*. 112, IV6-10. Acedido em: 19/02/2017. Disponível em <http://circ.ahajournals.org/>.
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica: perspectiva desenvolvimentalista*. (2ª ed). Lisboa: Climepsi.
- Béranger, A., Pierron, C., Blanquat, L. S., Jean, S. & Chappuy, H. (2017). Communication, informations et place des parents en réanimation polyvalente pédiatrique : revue de la littérature. *Archives de Pédiatrie*, 24 (3), 265-272. Acedido em 15/12/2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2016.12.00>.
- Brown, T. L. (2014). Especificidades nas Intervenções de Enfermagem em Pediatria. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *WONG, Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed.) (Vol. II, Cap.27, pp.1061-1118). Loures: Lusociência.
- Butler, A., Copnell, B. & Willetts, G. (2013). Family-centred care in the paediatric intensive care unit: an integrative review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 2086–2100. DOI: 10.1111/jocn.12498.
- Byczkowski, T. L., Gillespie, G.L., Kennebeck, S. S., Fitzgerald, M. R., Downing, K. A. & Alessandrini, E.A. (2016). Family-Centered Pediatric Emergency Care: A Framework for Measuring What Parents Want and Value. *Acad Pediatr*, 16 (4), 327–335. DOI: 10.1016/j.acap.2015.08.01.

- Campbell, N.C., Murray, E., Darbyshire, J., Emery, J., Farmer, A., Griffiths, F., ... Kinmonth, A.L. (2007). Designing and evaluating complex interventions to improve health care. *British Medical Journal*, 3 (334), 455-459. DOI: 10.1136/bmj.39108.379965.BE.
- Coombs, M., Puntillo, K. A., Franck, L., Scruth, E. A., Harvey, M.A., Swoboda, S. M. & Davidson, J. M. (2017). Implementing the SCCM Family-Centered Care Guidelines in Critical Care Nursing Practice. *AACN Adv Crit Care*, 28 (2), 138-147. Acedido em 25/11/2017. Disponível em: <https://doi.org/10.4037/aacnacc2017766>.
- Costa, A., Primo, M., Calhau, P., Rocha, M. C. & Araújo, M. J. (2015). *Circular Normativa nº165. 2015-09-17. Estratégia da Pediatria. Acessível no Hospital Central. Portugal.*
- Curtis, K., Foster, K., Mitchell, R., & Van, C. (2016). Models of Care Delivery for Families of Critically Ill Children: An Integrative Review of International Literature. *Journal of Pediatric Nursing*, 31(3), 330–341. Acedido em 15/01/2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2015.11.009>.
- Dudley, N., Ackerman, A., Brown, K. M. & Snow, S. K. (2015) Patient- and Family-Centered Care of Children in the Emergency Department. *Pediatrics*, 135 (1), e255-e272. DOI: 10.1542/peds.2014-3424.
- European Association for Children in Hospital (2009). Carta da Criança Hospitalizada (Anotações). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.
- Foster, K., Young, A., Mitchell, R., Van, C. & Curtis, K. (2017). Experiences and needs of parents of critically injured children during the acute hospital phase: A qualitative investigation. *Injury, Int. J. Care Injured*, 48, 114–120. Acedido em 15/09/2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.injury.2016.09.034>.
- Gill, F. J., Pascoe, E., Monterosso, L., Young, J., Burr, C., Tanner, A. & Shields, L. (2014). Parent and staff perceptions of family-centered care in two Australian children's hospitals. *European Journal for Person Centered Healthcare*, 1, 317–325. Acedido em: 10/01/2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5750/ejpch.v1i2.665>.

- Graça, M. et al (1997). *O Enfermeiro perante o Doente Crítico*. Vila Nova de Gaia: 1º Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Escola Superior de Enfermagem da Cidade do Porto.
- Halberg, I.R. (2009). Moving nursing research forward towards a stronger impact on health care practice? *International Journal of Nursing Studies*, 46 (4), 407-412. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2009.02.005.
- Hsiao, P. R., Redley, B., Hsiao, Y.C., Lin, C.C., Han, C.Y. & Lin, H. R. (2017). Family needs of critically ill patients in the emergency department. *Int Emerg Nurs*, 30, 3-8. DOI: 10.1016/j.ienj.2016.05.002.
- Instituto de Apoio à Criança (2008). *Carta da Criança Hospitalizada*. 4ª Edição. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.
- Institute for Patient and Family Centered Care (2017). *Advancing the practice of patient and family centered care in hospitals*. Bethesda: IPFCC. Acedido em: 05/05/2017. Disponível em: http://www.ipfcc.org/resources/getting_started.pdf.
- International Council of Nurses (2009). *Nursing Sensitive outcome indicators*. Genebra: ICN.
- Jabre, P., Tazarourte, K., Azoulay, E., Borron, S.W., Belpomme, V., Jacob, L. ... Adnet, F. (2014). Offering the opportunity for family to be present during cardiopulmonary resuscitation: 1-year assessment. *Intensive Care Med*, 40, 981–987. DOI: 10.1007/s00134-014-3337-1.
- Kärkäinen, O.; Bondas, T. & Eriksson, K (2005). Documentation of individualized patient care: a qualitative metasynthesis. *Nursing Ethics*. 12 (2), 123-132. DOI: 10.1191/0969733005ne769oa.
- Khan, A., Baird, J., Rogers, J. E., Furtak, S. L., Williams, K. A., Allair, B. ... Landrigan, C. P. (2017). Parent and Provider Experience and Shared Understanding After a Family-Centered Nighttime Communication Intervention. *Acad Pediatr*, 17 (4), 389-402. DOI: 10.1016/j.acap.
- Lei n.º 15/2014 de 21 de Março (2014). Lei Consolidando a Legislação em Matéria de Direitos e Deveres do Utente dos Serviços de Saúde. *Diário da República*. 1ª Série, Nº 57 (21-03-2014), 2127-2131.

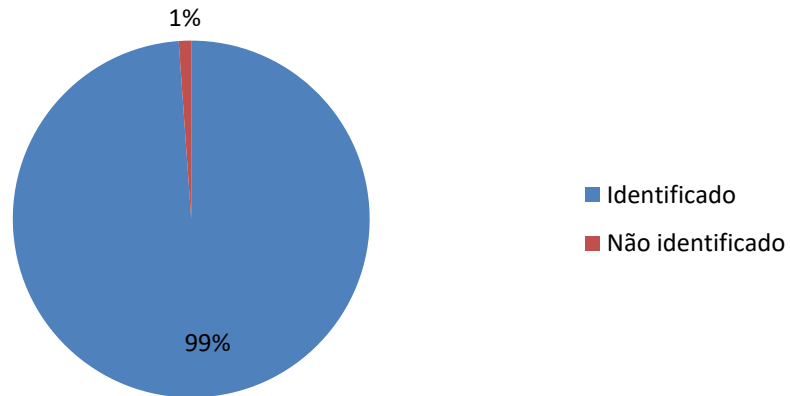
- Maconochie, I. K., Bingham, R., Eichc , C., Lopez-Herced, J., Rodriguez-Núñeze, A., Rajkaf, T., ... Biarenti, D. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Section 6. Paediatric life support. *Resuscitation*. 95, 223–248. Acedido em 19/02/2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.028>.
- Mangurten, J., Scott, S. H., Guzzetta, C. E., Clark, A. P., Vinson, L., Sperry, J., ... Voelmeck,W. (2006). Effects of family presence during resuscitation and invasive procedures in a pediatric emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 32 (3), 225–233. DOI: 10.1016/j.jen.2006.02.012.
- Manguy, A.M., Joubert, L., Oakley, E. & Gordon, R.J. (2018). Psychosocial Care Models for Families of Critically Ill Children in Pediatric Emergency Department Settings: A Scoping Review. *Pediatr Nurs*, 38, 46-52. DOI: 10.1016/j.pedn.2017.10.014.
- Maxton, F. (2008). Parental presence during resuscitation in the PICU: the parents' experience. Sharing and surviving the resuscitation: a phenomenological study. *Journal of Clinical Nursing*. 17 (23), 3168-3176. Acedido em 08/04/2017. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=b2dd8b4b-cd9f-4669-be1a-5a5f0fe8917e%40sessionmgr13&hid=1>.
- McAlvin, S.S. & Carew-Lyons A. (2014). Family presence during resuscitation and invasive procedures in pediatric critical care: a systematic review. *Am J Crit Care*, 23, 477-485. DOI: 10.4037/ajcc2014922.
- Mekitarian, F. (2013). *A presença da família na sala de emergência pediátrica: crenças de pais e profissionais de saúde*. Tese de Mestrado. Acedido em: 19/02/2017. Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-11092013-140356/pt-br.php>.
- Mekitarian, F. F. P. & Ângelo, M. (2015). Family's presence in the pediatric emergency room: Opinion of health's professionals. *Revista Paulista de Pediatria*, 33 (4), 460–466. Acedido em: 19/02/2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpped.2015.03.010>.
- Noyes, J. (1999). The impact of knowing your child is critically ill: a qualitative study of mother's experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (2), 427-435. DOI: 10.1046/j.1365-2648.1999.00906.x.

- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Sistemas de Informação em Enfermagem: Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2013b). *Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Papathanasiou, I., Sklavou, M. & Kourkouta, L. (2013). Holistic Nursing care: theories and perspectives. *American Journal of Nursing Science*. 2(1), 1-5. DOI: 10.11648/j.ajns.20130201.11.
- Pasek , T. A. & Licata, J. (2016). Parent Advocacy Group for Events of Resuscitation. *Critical-CareNurse*, 6 (3), 58-64. DOI: 10.4037/ccn2016759.
- Rodrigues, A. T., Neto, F. A., Santos, A. I., Rocha, M. C., Carvalho, M. F., Lopes, M. A., ... Quintãos, M. (2015). *Circular Normativa nº 3. 2015-10-07*. Estratégia de Desenvolvimento da Qualidade. Acessível no Hospital. Portugal.
- Romero, H. R. A. & Colmenares, S. M. R. (2015). Necesidades percibidas de atención por niños, cuidadores y enfermeros durante la hospitalización en una unidad de cuidado intensivo. *Investig Enferm. Imagen Desarr*, 17 (1), 113-130. DOI: 10.11144/Javeriana.IE17-1.npan.
- Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença e hospitalização. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *WONG, Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed.) (Vol. II, Cap.26, pp.1025-1060). Loures: Lusociência.
- Slota, M.C. (2013). Psychosocial Aspects of Pediatric Critical Care. In: Hazinski, M. F. *Nursing Care of The Critically Ill Child*. (3ª ed.) (Cap. 2, pp. 19-49). United States of America: Elsevier Mosby.

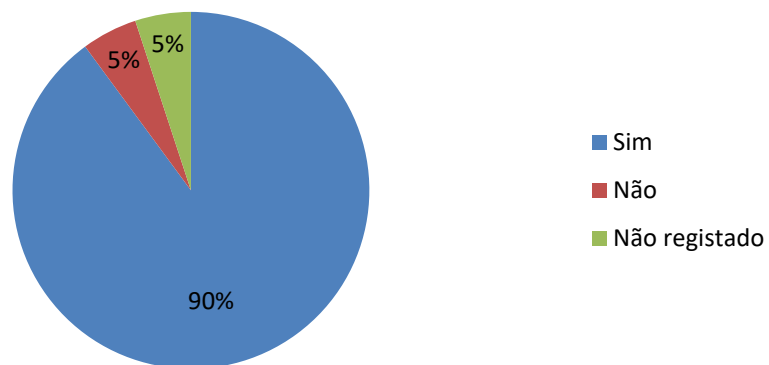
APÊNDICES

Apêndice 1: Resultados da análise da folha de registos de enfermagem na sala de reanimação

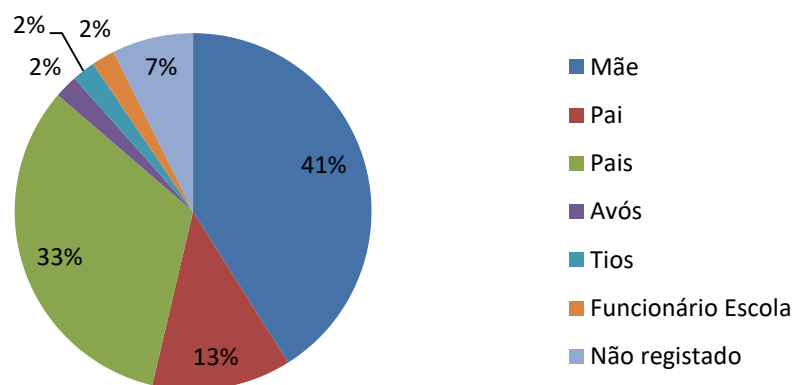
Registo da Presença do Familiar



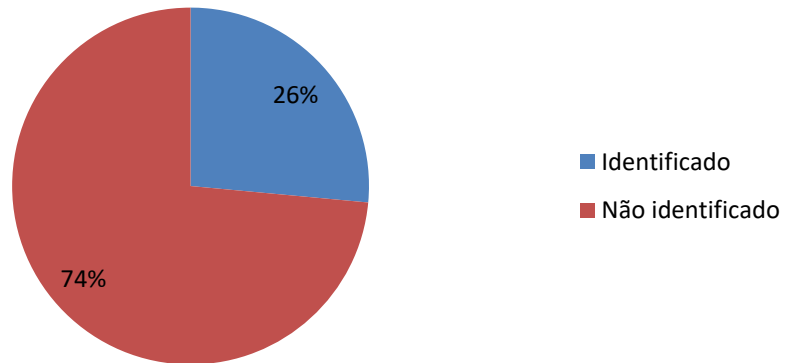
Presença da Família



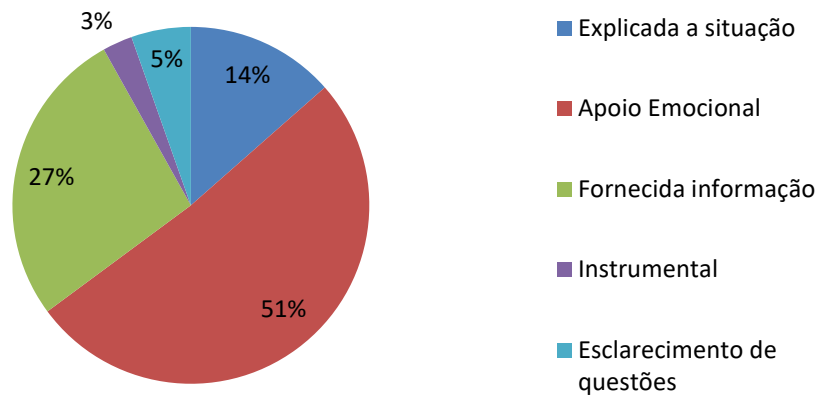
Familiar Presente



Apoio fornecido à Família



Tipo de Apoio Fornecido



Apêndice 2: “Distribuição e atuação dos elementos numa situação de reanimação” -
Revisão da norma de procedimento

(Logotipo da Instituição) [Serviço]	NORMA DE PROCEDIMENTO CÓDIGO DO SERVIÇO/UNIDADE – 3XXX	POL Nº 0XXX ou NPG Nº 1XXX ou NOC Nº 2XXX
---	---	---

APROVAÇÃO

ASSUNTO:	Distribuição e atuação dos elementos numa situação de reanimação.
FINALIDADE:	Uniformizar critérios de atuação da equipa de Enfermagem e Assistentes Operacionais (AO) na sala de reanimação.
DESTINATÁRIOS:	Enfermeiros e AO's da Unidade de Urgência Pediátrica (UUP).
PALAVRAS-CHAVE:	Distribuição; Atuação; Enfermeiros; AO's; Reanimação

Autor (es)	Ana Guerreiro	Data de elaboração	
Verificação C. Qualidade		Data de Verificação	
Aprovação		Data de Aprovação	
Divulgação		Data de Divulgação	
Versão		Data de Revisão	13/01/2018

ABREVIATURAS:

AHA- American Heart Association

AO – Assistente Operacional

EMCD – Exames e meios complementares de diagnóstico

ERC- European Resuscitation Council

FC – Frequência cardíaca

FR – Frequência respiratória

O2- Oxigênio

PCR- Paragem Cardiorespiratória

PR- Paragem respiratória

SatO2 – Saturação de oxigênio

UUP- Unidade de Urgência Pediátrica

SUP- Serviço de Urgência Pediátrica

TA – Tensão arterial

UUP- Unidade de Urgência Pediátrica

DEFINIÇÃO:

A criança em situação crítica apresenta sinais de instabilidade nos sistemas vitais do organismo com risco iminente de morte (Melo, Ferreira, Vasconcellos, Gresta, Silva & Ferri, 2011), associado a qualquer problema grave da via aérea, respiração ou circulação ou deterioração aguda do estado de consciência (World Health Organization - WHO, 2016). As crianças que apresentam esses sinais de emergência são um grupo heterogêneo com uma ampla gama de condições clínicas e processos fisiopatológicos subjacentes pelo que importa uma triagem rápida e eficiente das crianças no contexto do Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), a fim de determinar se há sinais de emergência ou de prioridade presentes com vista a uma intervenção e tratamento de emergência apropriado e o mais precoce possível (WHO, 2016). Assim, as crianças que apresentam os seguintes sinais devem ser tratadas como emergências (WHO, 2016):

- Obstrução da via aérea ou Respiração ausente;
- Dificuldade respiratória grave;
- Cianose central;

- Sinais de choque (extremidades frias com tempo de preenchimento capilar » 3 segundos e pulso fraco e rápido);
- Coma (ou redução significativa do nível de consciência);
- Convulsões; ou
- Diarreia, apresentando dois sinais de desidratação grave: letargia ou inconsciência, olhos encovados, tempo de preenchimento capilar prolongado » 3 segundos).

As mortes de crianças gravemente doentes no hospital ocorrem geralmente nas primeiras 24h após a admissão, podendo as mesmas ser evitadas se houver uma eficaz identificação da gravidade da situação e um tratamento adequado e precoce. O tratamento imediato é iniciado quando qualquer sinal de emergência é identificado e deve desenvolver-se de acordo com o algoritmo de avaliação A- *Airway* (via aérea), B- *Breathing* (respiração), C- *Circulation* (circulação), D- *Disability* (disfunção neurológica) e E- *Exposure* (exposição) (Maconochie et al., 2015; WHO, 2016).

A UUP recebe crianças com diferentes situações clínicas, sendo da competência dos enfermeiros a identificação precoce de situações de emergência mas também a prevenção de ocorrências que possam deteriorar a condição da criança conduzindo a uma situação de paragem respiratória (PR) ou cardiorrespiratória (PCR). As situações de emergência pediátrica não são frequentes mas existem (European Resuscitation Council- ERC, 2010; American Heart Association - AHA, 2012), sendo essencial que os profissionais de saúde da UUP saibam previamente o seu papel perante cenários de crianças e jovens em situação crítica. A atuação exige treino e planeamento, necessitando o enfermeiro de uma constante atualização dos seus conhecimentos, integrados numa vertente holística e de relação, interligadas com os aspetos tecnológicos e científicos associados aos cuidados de enfermagem (Graça, 1997).

De acordo com o *European Resuscitation Council* (ERC) (2010) e a *American Heart Association* (AHA) (2012), não existe uma dimensão fixa para a equipa de reanimação, contudo três ou quatro enfermeiros e um líder parece ser um número adequado de elementos. No contexto da UUP o número de elementos previsto na sala de reanimação são 4 elementos, sugerindo-se a distribuição física na sala de acordo com o Apêndice 1.

DESCRIÇÃO:

1. Função dos elementos na sala durante uma reanimação

1.1. Enfermeiros:

1.1.1. Enfermeiro de cabeça (A):

- a)** Coordena a intervenção dos enfermeiros e AO's ("voz de comando");
- b)** Avalia o estado geral da criança, bem como o seu nível de consciência, de acordo com a nomenclatura AVPU (A (*Alert*)– Alerta; V (*Voice*) – Responde à voz; P (*Pain*) – Responde à dor; U (*Unresponsive*) – Não responde
- c)** Assegura a permeabilidade das vias aéreas através de:
 - Posicionamento da criança em decúbito dorsal;
 - Posicionamento da cabeça em posição neutra (latente) e com ligeira extensão da cabeça e elevação do queixo (crianças com mais de 1 ano), se inconsciente;
 - Em situações de suspeita de lesão da coluna cervical deve ser realizada sub-luxação da mandíbula;
 - Colocar adjuvantes da via aérea (tubo orofaríngeo ou nasofaríngeo) se necessário;
- d)** Avalia a respiração através da observação da elevação torácica, sinais de esforço respiratório e presença de ruídos;
- e)** Assegura a eficácia da ventilação, através da administração de O₂ por máscara a 100% e/ou insuflador manual com O₂ a 15 l/min (avaliando sinais de ventilação eficaz, nomeadamente expansão torácica);
- f)** Colabora com o médico na técnica de entubação endotraqueal ou traqueostomia através de:
 - Aspiração de secreções da cavidade oral durante a entubação;
 - Administração de O₂ no intervalo de cada tentativa de entubação e após entubação efetuada;
 - Fixação do tubo endotraqueal;
 - Aspiração de secreções orotraqueais;

- Avaliação dos sinais vitais durante o procedimento – frequência cardíaca (FC), frequência respiratória (FR), oximetria (SatO₂), tensão arterial (TA) e electrocardiograma (ECG);

1.1.2. Enfermeiro do corpo (B):

- a) Faz a exposição corporal prevenindo a hipotermia;
- b) Coloca elétrodos, oxímetro e braçadeira de TA para monitorização dos sinais vitais: FC, FR, SatO₂, TA e temperatura corporal;
- c) Abre o carro de reanimação;
- d) Prepara o desfibrilhador, se necessário;
- e) Punciona acesso(s) venoso(s) periférico(s);
- f) Avalia glicemia capilar;
- g) Faz colheita de espécimes;
- h) Administra terapêutica prescrita pelo médico;
- i) Administra sangue e hemoderivados;
- j) Coloca a sonda orogástrica e nasogástrica (exceto se suspeita de traumatismo crânioencefálico);
- k) Fixa sonda oro ou nasogástrica;
- l) Algalia, se necessário;
- m) Colabora com o médico na introdução de cateteres e drenos;
- n) Colabora no tratamento de eventuais lesões e fraturas.

1.1.3. Enfermeiro de terapêutica (C):

- a) Prepara a terapêutica solicitada pelo médico, fornecendo-a ao enfermeiro B que a administra;
- b) Guarda todas as ampolas utilizadas para efetuar o registo da terapêutica administrada;

- c) Identifica tubos de colheitas de espécimes e providencia o seu encaminhamento para o laboratório;
- d) Prepara o material necessário para transportar a criança a efetuar exames e meios complementares de diagnóstico (EMCD) ou para a transferência para a Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos;
- e) Recolhe informação pertinente, junto dos familiares, bombeiros ou tripulantes de ambulância;
- f) Efetua os registos na folha de “reanimação” ou de “convulsão” consoante a situação (hora de entrada, peso, terapêutica administrada, sinais vitais, etc) e assina-a no final;
- g) Supervisiona a limpeza do equipamento, reposição e funcionalidade do material utilizado após a utilização da sala de reanimação;
- h) Sela o carro de emergência;
- i) Na impossibilidade de realizar estas atividades no seu turno, deverá ser transmitido ao chefe de equipa do turno seguinte, ficando este responsável pela sua realização.

Em situações de PCR:

- O **enfermeiro A** assegura a eficácia da ventilação através de ventilação com insuflador manual;
- O **enfermeiro B** inicia as compressões torácicas, alternando com o enfermeiro A a cada 2 minutos;
- O **enfermeiro C** assegura acesso venoso, se o mesmo ainda não estiver assegurado.

1.2. Assistentes Operacionais

1.2.1. A.O. Fixo (1) (não se ausenta da sala):

- a) Colabora na exposição corporal;
- b) Colabora nas imobilizações;
- c) Colabora nas colheitas de sangue;

- d) Fornece o material necessário;
- e) Limpa e desinfeta o equipamento após a utilização da sala de reanimação;
- f) Repõe o material após a utilização da sala de reanimação.

1.2.2. A.O. Circulante (2):

- a) Assegura os serviços externos, se necessário;
- b) Fornece etiquetas;
- c) Fornece o material em falta na sala;
- d) Faz o espólio (assinado pelo AO e Enfermeiro B).

NOTA: Após a situação de reanimação é promovido um espaço de reflexão e análise das práticas relativas à situação vivenciada pela equipa de enfermagem e restante equipa multidisciplinar (Apêndice 2).

2. Presença da família na sala de reanimação

As organizações internacionais, como a AHA e o ERC recomendam um modelo de cuidados que favoreça a presença da família durante os procedimentos invasivos e de ressuscitação cardiorrespiratória na sala de reanimação, sendo realçado, através das *Guidelines for Resuscitation* de 2015 do ERC, que a presença dos pais é permitida e desejável, desde que haja um membro da equipa disponível para explicar o processo e ao mesmo tempo garantir que estes não interferem nos cuidados (Maconochie et al., 2015).

A evidência demonstra que os pais gostariam de estar presentes mesmo em procedimentos invasivos ou ressuscitação ao seu filho (Mekitarian & Ângelo, 2015; Curtis et al., 2016), tornando-se necessário dar a possibilidade das famílias decidirem se querem ou não permanecer junto da pessoa durante procedimentos invasivos e de ressuscitação cardiorrespiratória (McAlvin & Carew-Lyons, 2014). Desde que conscientes dos benefícios e implicações para a família e para todos os intervenientes no processo, a sua presença deve ser incentivada pois facilita a compreensão da situação, a observação que tudo é feito para salvar o seu filho e a redução de sentimentos de incerteza e de ansiedade (Maxton, 2008) para a família.

No domínio legal português a presença dos pais está salvaguardada, com o artigo 12.º da Lei n.º 15/2014 de 21 de Março do Diário da República (2014, p. 2129 e 2130) referente aos direitos e deveres do utente dos serviços de saúde, ao defender que “a criança com idade até aos 18 anos internada em estabelecimento de saúde tem direito ao acompanhamento permanente do pai e da mãe ou de pessoa que os substitua”. A Carta da Criança Hospitalizada (2008, p. 7) reforça, no seu número 2, que a “criança hospitalizada tem direito a ter os pais ou seus substitutos, junto dela, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou o seu estado”.

A chegada de uma criança ou jovem à UUP geralmente é súbita e sem aviso, contudo, quando é previamente comunicada, o tempo entre a mesma e a chegada ao serviço é rápido, o que limita a preparação da sala de reanimação para admissão. Desta realidade impera a necessidade de que a equipa esteja preparada para um envolvimento imediato com a família, através de uma avaliação e intervenção simultânea. Nas situações em que a família esteja presente na sala de reanimação existe um enfermeiro com a função de prestar apoio à mesma de acordo com as intervenções de enfermagem definidas para o “Apoio à família da criança e jovem em situação crítica na sala de reanimação” (Apêndice 3). Este enfermeiro é previamente distribuído tal como os restantes elementos na sala de reanimação, acumulando a **função E**.

3. Distribuição dos elementos da sala de reanimação no plano de trabalho

O chefe de equipa de enfermagem distribui os elementos de acordo com a antiguidade e competência do enfermeiro. No entanto, é importante considerar a necessidade de aquisição de experiência dos elementos mais recentes na UUP. O enfermeiro responsável pelo fornecimento de apoio à família deverá ser o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ) presente na sala de reanimação. Contudo, na ausência de um EEESCJ, o enfermeiro chefe de equipa terá em consideração as características pessoais e as competências profissionais do enfermeiro que ficará responsável pela prestação de apoio à família da criança na sala de reanimação.

A distribuição será feita no início do turno com o posicionamento e função de cada elemento na sala de reanimação, devendo ficar registado no plano de trabalho da seguinte forma:

A- Enfermeiro de cabeça

1- A.O. fixo

B- Enfermeiro do corpo
circulante

2- A.O.

C- Enfermeiro de terapêutica

E- Enfermeiro responsável pelo apoio à família

Nota: Em caso de transferência ou realização de EMCD, cabe ao enfermeiro A, a decisão do elemento de enfermagem a acompanhar a criança.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Heart Association (2005). Part 2: Ethical issues. *Circulation*. 112, IV6-10. Acedido em: 19/02/2017. Disponível em <http://circ.ahajournals.org/>.
- American Heart Association (2012). Suporte Avançado de Vida em Pediatria – Manual do Profissional. Edição em português. Brasil: American Heart Association.
- Curtis, K., Foster, K., Mitchell, R., & Van, C. (2016). Models of Care Delivery for Families of Critically Ill Children: An Integrative Review of International Literature. *Journal of Pediatric Nursing*, 31 (3), 330–341. Acedido em 15/01/2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2015.11.009>.
- European Resuscitation Council (2010). *Suporte de Vida Pediátrico Europeu - Recomendações ERC 2010*. Bélgica: European Resuscitation Council.
- Graça, M. et al (1997). *O Enfermeiro perante o Doente Crítico*. 1º Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Vila Nova de Gaia: Escola Superior de Enfermagem da Cidade do Porto.
- Instituto de Apoio à Criança (2008). *Carta da Criança Hospitalizada*. 4ª Edição. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.
- Lei n.º 15/2014 de 21 de Março (2014). Lei Consolidando a Legislação em Matéria de Direitos e Deveres do Utente dos Serviços de Saúde. *Diário da República*. 1ª Série, Nº 57 (21-03-2014), 2127-2131.
- Maconochiea, I. K., Bingham, R., Eichc, C., Lopez-Herced, J., Rodriguez-Núñez, A., Rajkaf, T., ... Biarenti, D. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Section 6. Paediatric life support. *Resuscitation*, 95, 223-248. Acedido em 19/02/2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.028>.
- Maxton, F. (2008). Parental presence during resuscitation in the PICU: the parents' experience. Sharing and surviving the resuscitation: a phenomenological study. *Journal of Clinical Nursing*, 17 (23), 3168-3176. Acedido em 08/04/2017. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2008.02525.x.
- McAlvin, S.S. & Carew-Lyons A. (2014). Family presence during resuscitation and invasive procedures in pediatric critical care: a systematic review. *Am J Crit Care*, 23, 477-485. DOI: 10.4037/ajcc2014922.

- Mekitarian, F. F. P. & Ângelo, M. (2015). Family's presence in the pediatric emergency room: Opinion of health's professionals. *Revista Paulista de Pediatria*, 33 (4), 460–466. Acedido em: 19/02/2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpped.2015.03.010>.
- Melo, M. C., Ferreira, A. R., Vasconcellos, M. C., Gresta, M. M., Silva, N. L. C. & Ferri, P.M. (2011). Novas recomendações para o atendimento ao paciente pediátrico gravemente enfermo. *Revista Médica de Minas Gerais*, 21, 12-21. Acedido em: 18/02/2017. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/803>.
- World Health Organization (2016). *Updated guideline: paediatric emergency triage, assessment and treatment*. Geneva: World Health Organization.

APÊNDICES

Apêndice 2.1: Posicionamento dos elementos da equipa na sala de reanimação

**POSICIONAMENTO DOS ELEMENTOS DA EQUIPA
NA SALA DE REANIMAÇÃO DA UUP**

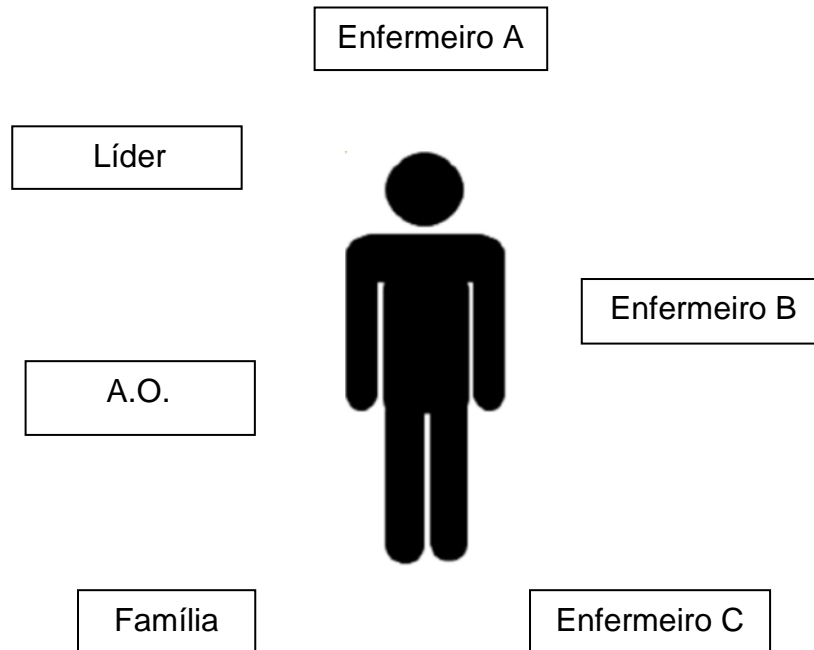


Figura 1: Posicionamento dos elementos da equipa na sala de reanimação

Adaptado de:

American Heart Association (2012). *Suporte Avançado de Vida em Pediatria – Manual do Profissional*. Edição em português. Brasil: American Heart Association.

Apêndice 2.2: Documento de apoio à reflexão e a análise da prática apos uma situação de reanimação

REFLEXÃO E ANÁLISE DA PRÁTICA APÓS UMA SITUAÇÃO DE REANIMAÇÃO

ABREVIATURAS:

OE- Ordem dos Enfermeiros

A prática é muito mais do que um simples ato de fazer coisas e para tal torna-se fundamental que a mesma seja munida de intencionalidade e inserida num projeto de ação (Rebello, 1997), partindo de processos de reflexão e questionamento sistemático. Através dos mesmos torna-se possível a perceção das dimensões inerentes à prática, a realização de eventuais mudanças e as tomadas de decisão baseadas na evidência, com vista ao desenvolvimento da especificidade e conhecimento contido na prática clinica, tão necessários a nossa profissão (Benner, 2001).

Neste âmbito, a reflexão é um elemento essencial de aprendizagem, de desenvolvimento de competências e de primordial importância para a Enfermagem, enquanto meio potenciador da qualidade dos cuidados, segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010). evidência disponível e implementação de mudanças. O exercício profissional do enfermeiro tem inerente uma prática de cuidados qualificada e munida de um agir profissional teórico, ético, holístico e culturalmente sustentado e alicerçado na evidência científica (OE, 2011a). Para tal é imperioso o desenvolvimento de competências que permitam refletir e analisar a prática, partindo de situações que necessitem ser alteradas ou otimizadas com vista à implementação de mudanças e à melhoria da qualidade, eficácia e eficiência dos cuidados.

Desta forma, recomenda-se que após cada situação de reanimação seja efetuada uma reflexão e análise de práticas entre a equipa multidisciplinar com base no ciclo reflexivo de Gibbs (1988), esquematizado seguidamente:



Figura 2: Ciclo Reflexivo de Gibbs

Adaptado de:

Jasper, M. (2003). *Beginning Reflective Practice – Foundations in Nursing and Health Care*. Cheltenham: Nelson Thornes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. (Edição Comemorativa). Coimbra: Quarteto Editora.

Gibbs, G. (1988). *Learning by Doing: A guide to teaching and learning methods*. Oxford: Oxford Brookes University.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Modelo de Desenvolvimento Profissional: fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (2011a). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. 1 (3). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Rebelo, T. (1997). Sobre a noção de Prática. *Pensar Enfermagem*, 1 (0), 3-4.

Apêndice 2.3: Intervenção de enfermagem no apoio à família da criança e jovem em situação crítica na sala de reanimação

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NO APOIO À FAMÍLIA DA CRIANÇA E JOVEM EM SITUAÇÃO CRÍTICA NA SALA DE REANIMAÇÃO

ABREVIATURAS:

CCF- Cuidados Centrados na Família

SUP- Serviço de Urgência Pediátrica

A admissão da criança gravemente doente no serviço de Urgência Pediátrica (SUP) geralmente não é prevista, assumindo a ansiedade e o stress parental dimensões significativas (Slota, 2013; Foster, Young, Mitchell, Van & Curtis, 2017). O momento em que as famílias entram no serviço marca a necessidade imediata de uma intervenção de enfermagem ao nível do apoio à mesma uma vez que o stress não termina com a sua chegada ao hospital, podendo inclusivamente constituir-se como o início de uma hospitalização prolongada (Foster et al., 2017). A avaliação precoce das necessidades psicossociais da família é essencial uma vez que, a longo prazo, se não forem alvo de intervenção, poderão desenvolver trauma psicológico na mesma (Price, Kassam-Adams, Alderfer, Christofferson & Kazak, 2015). A promoção precoce de apoio à família resulta na redução das respostas psicológicas agudas, permitindo o desenvolvimento de mecanismos de *coping* que irão melhorar a capacidade de adequação da família à situação e conseqüente disponibilidade da mesma para ajudar a criança (Hsiao, Redley, Hsiao, Lin, Han & Lin, 2017). Contudo, ainda há uma lacuna significativa na prática e na evidência a este nível, embora as equipas considerem importante a existência de orientações concretas e informações sobre como apoiar as famílias das crianças e jovens em situação crítica que são geralmente assoladas por um enorme stress e ansiedade (Alisic et al., 2016).

É imperioso o desenvolvimento de um conjunto de intervenções que visem melhorar os cuidados de enfermagem no apoio à família da criança e jovem gravemente doentes, diminuir o stress vivenciado pela família nestes contextos e promover práticas alicerçadas na filosofia dos Cuidados Centrados na Família (CCF). As intervenções de enfermagem no apoio à família da criança e jovem em situação crítica na sala de reanimação foram baseadas na evidência consultada sobre as necessidades da família da criança em situação crítica. A avaliação das necessidades

da família é fundamental para alicerçar o raciocínio clínico do enfermeiro e a sua tomada de decisão. As intervenções de enfermagem são divididas em quatro categorias: a promoção da presença; o fornecimento de informações, a promoção do papel parental, o desenvolvimento de confiança/segurança e a promoção do conforto.

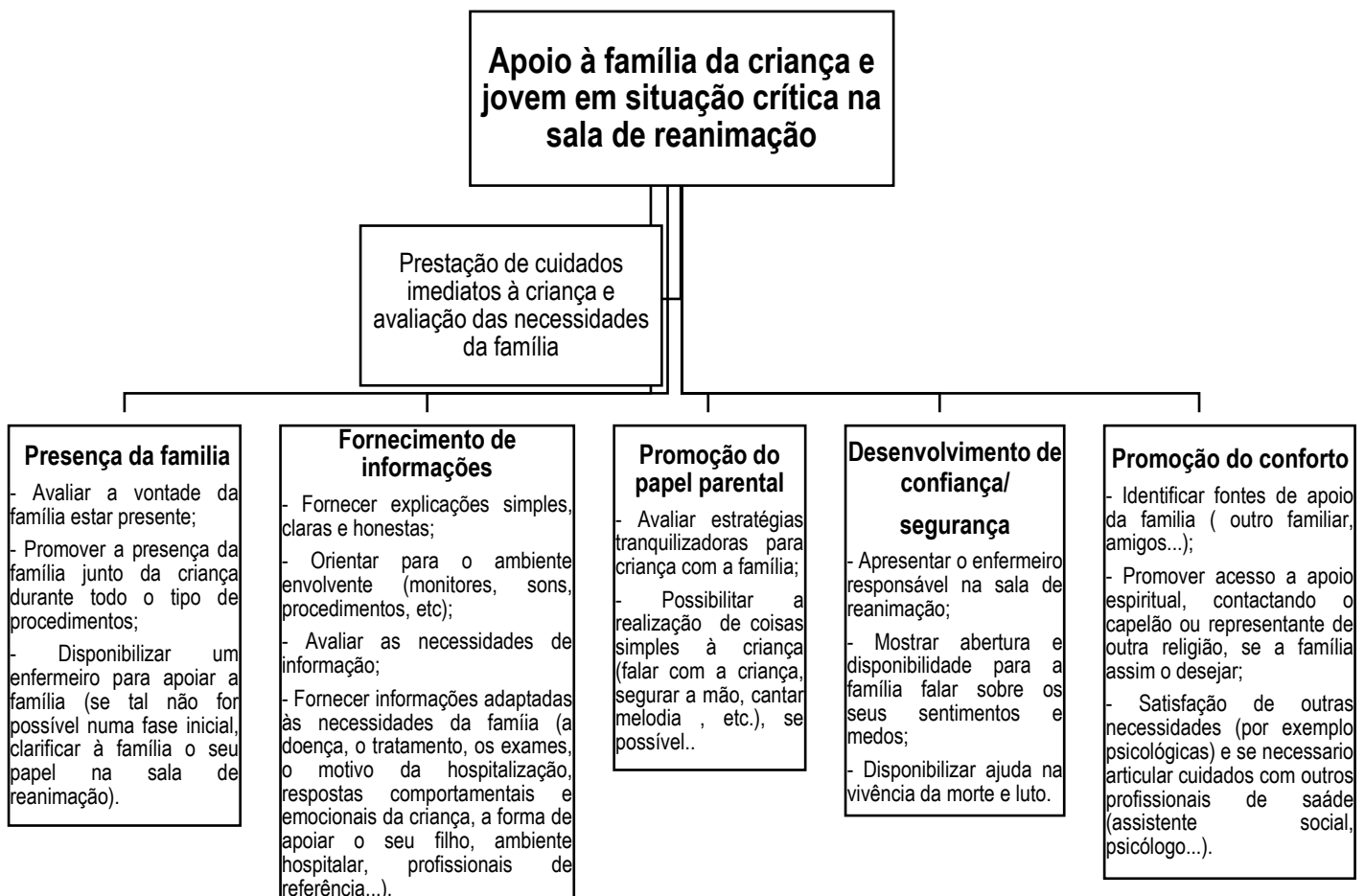


Figura 3: Intervenções de enfermagem no apoio à criança e jovem em situação crítica na sala de reanimação

- **Promover a presença**

A presença da família constitui-se como um direito da criança hospitalizada que deve ser salvaguardado em todos os contextos da prática de cuidados (Carta da Criança Hospitalizada, 2008; European Association for Children in Hospital - EACH, 2009; Diário da República, 2014). As organizações internacionais, como a *American Heart Association* (2005) e o *European Resuscitation Council* (2010) recomendam inclusivamente um modelo de cuidados que assente na promoção da presença da

família durante os procedimentos invasivos e de ressuscitação cardiorrespiratória na sala de reanimação. A introdução do modelo de CCF na sala de reanimação, torna necessário dar a possibilidade das famílias decidirem se querem ou não permanecer junto da pessoa durante procedimentos invasivos e de ressuscitação cardiorrespiratória, desde que conscientes dos benefícios e implicações para os próprios e para todos os intervenientes no processo (McAlvin & Carew-Lyons, 2014; Dudley, Ackerman, Brown & Snow, 2015). Desta forma, compete ao enfermeiro a avaliação das preferências da família para participar, observar ou esperar fora da sala de reanimação (Brown, 2014).

A evidência realça que a maioria das famílias opta por estar presente e disponível enquanto estão a ser realizados procedimentos invasivos e prestados cuidados de suporte básico e avançado de vida (cuidados “life saving”) à criança (Mangurten et al., 2006; Mekitarian, 2013; Jabre et al., 2014; Curtis, Foster, Mitchell & Van, 2016; Pasek & Licata, 2016; Hsiao et al., 2017). A opção das famílias de não estarem presentes deverá ser igualmente respeitada, apoiando a família na tomada de decisão, incentivando a sua proximidade para que possam estar disponíveis para a criança após a realização de procedimentos e assegurando que as famílias são apoiadas no espaço exterior (Brown, 2014; McAlvin & Carew-Lyons, 2014). Além disso, a família que opte por não estar presente deverá ser tranquilizada em como haverá algum profissional responsável pela prestação de apoio à criança, devendo ser este elemento que informará posteriormente a família sobre a forma como decorreram os procedimentos e o comportamento da criança durante os mesmos (Brown, 2014). Os benefícios emocionais e psicológicos da presença da família, se for opção da mesma, em situações de reanimação cardiorrespiratória são imensos (Jabre et al., 2014) pois ajuda a melhor compreender a situação, a verificar que tudo é feito para salvar o seu filho e a reduzir sentimentos de incerteza e a ansiedade (Maxton, 2008). De acordo com Mangurten et al. (2006), as famílias que estiveram presentes e receberam apoio relataram benefícios positivos no que concerne a uma melhor comunicação com a equipa de saúde, ao fornecimento de informações mais eficaz, ao aumento do sentimento de controlo e à diminuição do stress e trauma.

A presença da família na sala de reanimação é desejável e deve ser incentivada, desde que haja um membro da equipa disponível para explicar o processo e ao mesmo tempo garantir que estes não interferem nos cuidados (Maconochie et al., 2015). O fornecimento de informações, o apoio à família e o seu envolvimento no

planeamento e tomada de decisões sobre os cuidados prestados são um elemento essencial para a implementação de modelos alicerçados na filosofia dos CCF, independentemente da decisão da família estar ou não presente (Dudley et al., 2015). Contudo, os membros da família ainda são convidados pelos profissionais de saúde para sair e a não estarem presentes (AHA, 2005). A presença familiar apoiada é benéfica e não interrompe cuidados clínicos (Mangurten et al., 2006), devendo a ansiedade e preocupação dos profissionais de saúde relativamente à presença da família ser colmatada através de treino e formação que desenvolvam competências emocionais e de comunicação e melhorem o apoio fornecido à mesma nestas situações (Mangurten et al., 2006).

- **Fornecer informações**

As necessidades de informação são uma das realçadas como mais importantes para a família (Redley, Levasseur, Peters & Bethune, 2003; Sturdivant & Warren, 2009; Butler, Copnell & Willetts, 2013; Andrade et al., 2015; Romero & Colmenares, 2015; Hsiao et al., 2017). A ansiedade e o stress dos pais relacionado com a admissão hospitalar de um filho gravemente doente pode influenciar a sua partilha de informações sobre a situação e a compreensão das informações fornecidas pelos profissionais de saúde (Béranger, Pierron, Blanquat, Jean & Chappuy, 2017). Com a entrada da criança e jovem em situação crítica no SUP, o fornecimento de informação à família pode ser adiado devido à gravidade do estado de saúde da criança e à falta de disponibilidade dos profissionais de saúde que focam a sua intervenção em cuidados avançados para manutenção e estabilização da condição clínica da criança (Béranger et al., 2017). Contudo, a dificuldade na satisfação das necessidades de informação pode influenciar o papel da família durante o processo de hospitalização (Hsiao et al., 2017) sendo as principais necessidades de informação da família da criança essenciais para o enfermeiro melhor adequar a sua intervenção. O mesmo autor reforça ainda a importância da equipa de enfermagem disponibilizar tempo para explicar a condição do paciente aos membros da família e responder às suas perguntas imediatamente após a sua admissão (Hsiao et al., 2017).

As informações que os pais necessitam de receber, estão relacionadas com a doença, o tratamento, os exames, o motivo da hospitalização (Shields, Kristensson-Hallström & O'Callaghan, 2003; Jorge, 2004; Sabatés & Borba, 2005; Latour,

Hazelzet, Duivenvoorden & Van Goudoever, 2009; Sturdivant & Warren, 2009; Romero & Colmenares, 2015) e também sobre respostas comportamentais e emocionais da criança à sua doença e hospitalização, a forma de apoiar o seu filho, ambiente hospitalar e profissionais de referência (Jorge, 2004; Rotegård, 2007).

A quantidade e a qualidade das informações deve ser adaptada às necessidades dos pais e fornecidas no momento certo (Rotegård, 2007), considerando Jorge (2004) que “transmitir adequadamente informações sobre a criança, implica uma avaliação do estado emocional dos pais, do seu nível de compreensão, nível cultural e desejo de receber informação.” (Jorge, 2004, p. 74). No momento da admissão, a família deve receber uma orientação básica sobre o ambiente envolvente, nomeadamente sobre os sons, os alarmes, os monitores e os procedimentos que pode observar (Aldridge, 2005; Sturdivant & Warren, 2009; Brown, 2014; Béranger et al., 2017). As informações fornecidas devem ser curtas e concretas, com detalhes limitados e se possível esta informação deve ser acompanhada de um documento escrito para reforçar a mensagem verbal (Aldridge, 2005). As informações transmitidas de forma clara, orientada, completa, no momento oportuno, promove a participação da família nos cuidados e na tomada de decisão (Jorge, 2004) e conduz a uma maior satisfação da família com os cuidados prestados (Romero & Colmenares, 2015).

- **Promover o papel parental**

A alteração do papel parental é um dos stressores decorrentes da hospitalização (Barros, 2003; Aldridge, 2005; Slota, 2013; Kumar & Avabratha, 2015). A necessidade de participar nos cuidados e de exercerem o seu papel decorre do facto dos pais desejarem ver respeitada a sua experiência para cuidar do filho, partilhar responsabilidades, sentirem que confiam em si enquanto pais e receberem ajuda e informação (Ordem dos Enfermeiros - OE, 2015a).

Para além do direito a permanecerem junto da criança, preconizado Carta da Criança Hospitalizada (1988) e no Artigo 12.º da Lei n.º 15/2014 de 21 de Março do Diário da República, a família deverá ser encorajada a participar nos cuidados e a fornecer medidas de conforto, assim que a condição clínica o permitir. Apesar da família poder ser afetada numa fase inicial pelo acontecimento súbito, a aparência da criança ou necessidade de dispositivos de monitorização invasiva, envolver a família e sugerir a realização de coisas simples que possam fazer, como segurar a mão da

criança, falar para si ou cantar melodia, pode ter um efeito muito positivo na vivência deste momento pela família (Aldridge, 2005). Os pais devem ser envolvidos e encarados como membros da equipa, num papel progressivamente mais ativo, nos cuidados a prestar à criança gravemente doente (Butler et al., 2013; Dudley et al., 2015). A participação nos cuidados é encarada pelos pais como uma forma positiva de lidar com a situação, assim como a importância de ouvir, falar e fazer as coisas para o seu filho (Noyes, 1999). Assim, nas situações em que a família está presente na sala de reanimação é essencial orientar a família sobre onde podem se podem “sentar ou ficar e o que podem dizer ou fazer para ajudar a criança” (Brown, 2014, p. 1066).

- **Desenvolver a confiança/segurança**

A família necessita de sentir confiança nos profissionais que prestam cuidados à criança em situação crítica. Neste sentido, as informações honestas e semelhantes por parte da equipa multidisciplinar revelam-se como um fator fundamental para o desenvolvimento de confiança e segurança nos cuidados prestados à criança (Andrade et al., 2015; Romero & Colmenares). O conhecimento da equipa multidisciplinar prestadora de cuidados à criança gravemente doente é importante para os pais em situações de elevada gravidade e instabilidade clínica (Aldridge, 2005), pelo que a apresentação do enfermeiro responsável na sala de reanimação pode ter uma relevância fulcral.

De entre os vários benefícios inerentes a esta necessidade, destacam-se alguns dos identificados por Sturdivant & Warren (2009) nomeadamente a perceção de que estão a ser prestados os melhores cuidados; compreender as informações fornecidas, sentir preocupação por parte dos profissionais de saúde com os seus sentimentos e ter informações sobre a progressão clínica da criança. Os enfermeiros deverão estar atentos a sentimentos negativos e apoiar a família da criança e jovem em situação crítica, escutando, estabelecendo uma relação e referenciando para outros profissionais de saúde se necessário (psicólogos, entre outros) (Sturdivant & Warren, 2009; Andrade et al., 2015). Outras necessidades relacionadas com o apoio, manifestadas pela família relacionam-se com a abertura e disponibilidade para a família falar sobre os seus sentimentos negativos como culpa ou raiva e ter ajuda na

vivência da morte e luto (Sturdivant & Warren, 2009; Romero & Colmenares, 2015; Hsiao et al., 2017).

- **Promoção do conforto**

Leske (1986 cit. por Redley, 2003) identificou o conforto como um importante elemento para proporcionar às famílias um alívio da angústia ou do sofrimento. A mesma autora reforçou ainda que as dimensões físicas do conforto visavam atender às necessidades pessoais diárias do membro da família, enquanto o conforto emocional envolvia o reforço do sentido de identidade e importância do indivíduo. Estes aspetos relacionam-se com as condições hospitalares para a promoção do conforto e satisfação de algumas das necessidades humanas básicas, no que se refere à alimentação, possibilidade para cuidados de higiene, condições para descanso, entre outras (Sturdivant & Warren, 2009; Andrade et al., 2015; Romero & Colmenares, 2015). Contudo, esta necessidade é colocada por vezes para segundo plano numa fase inicial no qual o foco da família se centra numa maior preocupação com o bem-estar da criança hospitalizada em detrimento do seu próprio (Romero & Colmenares, 2015). Além disso, torna-se importante identificar e satisfazer as necessidades de conforto emocional, promovendo a possibilidade da presença de amigos e outros familiares com vista a darem apoio a este nível e de promover acesso a apoio espiritual, contactando o capelão ou representante de outra religião, se a família assim o desejar (Aldridge, 2005; Sturdivant & Warren, 2009).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aldridge, M. D. (2005). Decreasing Parental Stress in the Pediatric Intensive Care Unit One Unit's Experience. *CriticalCareNurse*, 25 (6). 40-50.
- Alisic, E., Hoysted, C., Kassam-Adams, N., Landolt, M. A., Curtis, S., Kharbanda, A. B. ... Babl, F. E. (2016). Psychosocial Care for Injured Children: Worldwide Survey among Hospital Emergency Department Staff. *J Pediatr*, 170, 227-233, e1-6. DOI: 10.1016/j.jpeds.2015.10.067.

- Allen, K. A. (2014). Parental decision-making for medically complex infants and children: An integrated literature review. *Int J Nurs Stud*, 51 (9), 1289–1304. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2014.02.003.
- American Heart Association (2005). Part 2: Ethical issues. *Circulation*. 112, IV6-10. Acedido a: 01/04/2017. Disponível em <http://circ.ahajournals.org/>.
- Andrade, R. C., Marques, A. R., Leite A.C.A.B., Martimiano, R. R., Santos, B. D., Pan, R.... Nascimento, L. C. (2015). Necessidades dos pais de crianças hospitalizadas evidências para o cuidado. *Rev. Eletr. Enfermeira*, 17 (2), 379-394. Acedido em 12/02/2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i2.30041>.
- Béranger, A., Pierron, C., Blanquat, L. S., Jean, S. & Chappuy, H. (2017). Communication, informations et place des parents en réanimation polyvalente pédiatrique: revue de la littérature. *Archives de Pédiatrie*, 24 (3), 265-272. Acedido em 15/12/2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2016.12.00>.
- Bragadóttir, H. (1999). A descriptive study of the extent to which self-perceived needs of parents are met in paediatric units in Iceland. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 13 (13), 201–207. DOI: 10.1111/j.1471-6712.1999.tb00540.x.
- Brown, T. L. (2014). Especificidades nas Intervenções de Enfermagem em Pediatria. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *WONG, Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed.) (Vol. II, Cap.27, pp.1061-1118). Loures: Lusociência.
- Butler, A., Copnell, B. & Willetts, G. (2013). Family-centred care in the paediatric intensive care unit: an integrative review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 2086–2100. DOI: 10.1111/jocn.12498.
- Curtis, K., Foster, K., Mitchell, R., & Van, C. (2016). Models of Care Delivery for Families of Critically Ill Children: An Integrative Review of International Literature. *Journal of Pediatric Nursing*, 31 (3), 330–341. Acedido em 15/01/2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2015.11.009>
- Dudley, N., Ackerman, A., Brown, K. M. & Snow, S. K. (2015) Patient- and Family-Centered Care of Children in the Emergency Department. *PEDIATRICS*, 135 (1), e255-e272. DOI: 10.1542/peds.2014-3424.
- European Association for Children in Hospital – EACH (2009). *Carta da Criança Hospitalizada (Anotações)*. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.

- European Resuscitation Council (2010). *Suporte de Vida Pediátrico Europeu - Recomendações ERC 2010*. Bélgica: European Resuscitation Council.
- Foster, K., Young, A., Mitchell, R., Van, C. & Curtis, K. (2017). Experiences and needs of parents of critically injured children during the acute hospital phase: A qualitative investigation. *Injury, Int. J. Care Injured*, 48, 114–120. Acedido em 15/09/2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.injury.2016.09.034>.
- Hsiao, P. R., Redley, B., Hsiao, Y.C., Lin, C.C., Han, C.Y. & Lin, H. R. (2017). Family needs of critically ill patients in the emergency department. *Int Emerg Nurs*, 30, 3-8. DOI: 10.1016/j.ienj.2016.05.002.
- Instituto de Apoio à Criança (2008). *Carta da Criança Hospitalizada*. 4ª Edição. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.
- Jabre, P., Tazarourte, K., Azoulay, E., Borron, S.W., Belpomme, V., Jacob, L. ... Adnet, F. (2014). Offering the opportunity for family to be present during cardiopulmonary resuscitation: 1-year assessment. *Intensive Care Med*, 40, 981–987. DOI: 10.1007/s00134-014-3337-1.
- Jorge, A. M. (2004). *FAMÍLIA E HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA – (Re) Pensar o Cuidar em Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Kumar, B. S. & Avabratha, K. S. (2015). Parental stress: a study from a pediatric intensive care unit in Mangalore. *Int J Contemp Pediatr*, 2 (4), 401-405. Acedido em: 28/10/2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18203/2349-3291.ijcp20150983>.
- Latour, J. M., Hazelzet, J., Duivenvoorden, H. J. & Van Goudoever, J. B. (2009). Construction of a parent satisfaction instrument: Perceptions of pediatric intensive care nurses and physicians. *Journal of Critical Care*, 24, 255–266. DOI: 10.1016/j.jcrc.2008.06.002.
- Lei n.º 15/2014 de 21 de Março (2014). Lei Consolidando a Legislação em Matéria de Direitos e Deveres do Utente dos Serviços de Saúde. *Diário da República*. 1ª Série, Nº 57 (21-03-2014), 2127-2131.
- Maconochie, I. K., Bingham, R., Eichc, C., Lopez-Herced, J., Rodriguez-Núñez, A., Rajkaf, T., ... Biarenti, D. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Section 6. Paediatric life support. *Resuscitation*, 95, 223–248. Acedido em 19/02/2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.028>.

- Mangurten, J., Scott, S. H., Guzzetta, C. E., Clark, A. P., Vinson, L., Sperry, J., ... Voelmeck, W. (2006). Effects of family presence during resuscitation and invasive procedures in a pediatric emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 32 (3), 225–233. DOI: 10.1016/j.jen.2006.02.012.
- Maxton, F. (2008). Parental presence during resuscitation in the PICU: the parents' experience. Sharing and surviving the resuscitation: a phenomenological study. *Journal of Clinical Nursing*. 17 (23), 3168-3176. Acedido em 08/04/2017. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2008.02525.x.
- McAlvin, S.S. & Carew-Lyons A. (2014). Family presence during resuscitation and invasive procedures in pediatric critical care: a systematic review. *Am J Crit Care*, 23, 477- 485. DOI: 10.4037/ajcc2014922.
- Mekitarian, F. (2013). *A presença da família na sala de emergência pediátrica: crenças de pais e profissionais de saúde*. Tese de Mestrado. Acedido em: 19/02/2017. Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-11092013-140356/pt-br.php>
- Noyes, J. (1999). The impact of knowing your child is critically ill: a qualitative study of mothers' experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (2), 427-435. DOI: 10.1046/j.1365-2648.1999.00906.x.
- Ordem dos Enfermeiros - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (2015a). *Guia Orientador de Boa Prática: Adaptação á parentalidade durante a hospitalização*. Série 1 (8). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pasek , T. A. & Licata, J. (2016). Parent Advocacy Group for Events of Resuscitation. *CriticalCareNurse*, 6 (3), 58-64. DOI: 10.4037/ccn2016759.
- Price, J., Kassam-Adams, N., Alderfer, M. A., Christofferson, J. & Kazak, A. E. (2015). Systematic Review: A Reevaluation and Update of the Integrative (Trajectory) Model of Pediatric Medical Traumatic Stress. *Journal of Pediatric Psychology*, 1–12. DOI: 10.1093/jpepsy/jsv074.
- Redley, B., Levasseur, S. A., Peters, G. & Bethune, E. (2003). Familie's needs in emergency departments: instrument development. *Journal of Advanced Nursing*, 43 (6), 606–615. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2003.02759.x.

- Romero, H. R. A. & Colmenares, S. M. R. (2015). Necesidades percibidas de atención por niños, cuidadores y enfermeros durante la hospitalización en una unidad de cuidado intensivo. *Investig Enferm. Imagen Desarr*, 17(1), 113-130. DOI: 10.11144/Javeriana.IE17-1.npan.
- Rotegård, A. K. (2007). Children in an isolation unit - Parent's informational needs. *Nursing Science*. 27 (4), 32–37. Acedido em: 17/11/2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/010740830702700407>.
- Sabatés, A. L. & Borba, R. I. H. (2005). As informações recebidas pelos pais durante a hospitalização do filho. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13 (6), 968–973. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000600008>.
- Shields, L., Kristensson-Hallström, I. & O'Callaghan, M. (2003). An examination of the needs of parents of hospitalized children: Comparing parents' and staff's perceptions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17 (2), 176–184. DOI: 10.1046/j.1471-6712.2003.00215.x
- Slota, M.C. (2013). Psychosocial Aspects of Pediatric Critical Care. In: Hazinski, M. F. *Nursing Care of The Critically Ill Child*. (3ª ed.) (Capítulo 2, pp. 19-49). United States of America: Elsevier Mosby.
- Sturdivant, L. & Warren, N. A. (2009). Perceived met and unmet needs of family members of patients in the pediatric intensive care unit. *Crit Care Nurs Q.*, 32 (2), 149-158. DOI: 10.1097/CNQ.0b013e3181a27f6.

Apêndice 3: Folha de registo de enfermagem na sala de reanimação – Revisão

REGISTO NA REANIMAÇÃO

Nº _____

Data: ___ / ___ / ___ h_m

Idade: ___ Peso: _____ 2 X (Idade em anos + 4)

Antecedentes Pessoais: _____

Cálculos: - Bólus de NaCl 0,9%: _____ ml - Epinefrina: _____ ml	Entubação: TET: nº _____ (oro/naso) a _____ cm às _____ h _____ m	Drogas se entubação electiva: Atropina: _____ ml Midazolam: _____ mg Succinilcolina: _____ mg Tiopental: _____ mg
---	---	--

Hora	Pré-Hosp								
AVPU / Glasgow									
FR									
FC									
TA (sist/diast/MAP)									
Temperatura									
Glicemia									
Sat O2									
Suplemento de O2									
Soro Expansão									
Soro									
Adrenalina									
Atropina									
_____ Ca 10%									
Bicarb Na _____ %									
Dopamina _____ mg em _____ ml									
Dobutamina _____ mg em _____ ml									
Aspiração de secreções									
Colheitas									
Cateter venoso periférico nº _____									

Legenda: AVPU ► A-Alerta, V-Responde à voz, P-Responde à dor(Pain), U-Não responde (unresponsive)

Via usada: T – endotraqueal; V – endovenoso; O – intraósseo

Urina: Algáliação: às ___ h ___ m Volume: _____ ml Algália nº: _____ Às ___ h ___ m – Diurese: _____ ml	Drenagem Gástrica: às ___ h ___ m Sonda nº _____ Drenagem: _____ ml
Drenagem Torácica: às ___ h ___ m Dreno nº _____ Local: _____ Drenagem: _____ ml	Drenagem _____: às ___ h ___ m Dreno nº _____ Local: _____ Drenagem: _____ ml

Notas de Enfermagem:

Transporte Primário:

Bombeiros

INEM

Pais

Outro Familiar _____

Funcionário Escola

Outro _____

Motivo: _____

Observações:

Encaminhamento:

UCIP

UICD

Transferência Hospitalar _____

Pediatria Médica

Pediatria Cirúrgica

Alta

Outro _____

Familiar presente: Sim Não Quem? _____

Apoio fornecido à família: Presença Informação Papel Parental Conforto

Confiança/segurança Outro _____

Equipa presente:

• Enfermeiros: _____

• Médicos: _____

• Assistentes Operacionais: _____

