

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

**Programa de Atendimento de Enfermagem à
Criança/família com Cirurgia Programada**

Carla Sofia Domingos Farinha

Dissertação ou trabalho de projecto ou relatório de estágio

orientado(a) por:

Teresa Oliveira Marçal

Marta Esteves

2011



“Talvez não tenhamos conseguido fazer o melhor,

Mas lutámos para que o melhor fosse feito.

Não somos o que deveríamos ser, mas somos o que iremos ser.

Mas, graças a Deus, não somos o que éramos.”

Martin Lutter King

AGRADECIMENTOS

Consideramos que todas as palavras são insuficientes para expressar os nossos sinceros agradecimentos.

No entanto, não posso deixar de aqui referir o meu **muito obrigada** a todos aqueles que de forma directa ou indirecta, contribuíram para que a elaboração deste trabalho se tornasse uma realidade.

Agradecimentos em Particular:

À professora Teresa Oliveira Marçal por toda a sua disponibilidade demonstrada durante as horas que comigo passou e por tudo aquilo que me ensinou;

À Enfermeira Celeste Gomes, Enfermeira chefe do Serviço de Cirurgia Pediátrica, à Enfermeira Marta Esteves e aos restantes colegas do serviço, pela sua disponibilidade.

Aos Enfermeiros Chefes e Enfermeiros Orientadores da UCSP do Lumiar, Serviço de Cirurgia Pediátrica do HGO, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do HSM e Serviço de Urgência Pediátrica do HSM, tal como os restantes colegas dos respectivos serviços, pela sua disponibilidade e simpatia com que me receberam.

À Mónica e Ana Lúcia por toda a disponibilidade prestada no que diz respeito a algumas tarefas informáticas e de tradução.

RESUMO

O presente relatório representa o percurso de aprendizagem realizado em diferentes contextos da prestação de cuidados de enfermagem e descreve objectivamente os problemas/necessidades identificadas, as actividades implementadas para os solucionar e as competências desenvolvidas com o decorrer do estágio. Tem como objectivos desenvolver competências do EESIP, através de um percurso formativo, pessoal e profissional e desenvolver um programa de intervenção de enfermagem promotor das melhores práticas no atendimento da criança/família em situação de cirurgia.

A necessidade de hospitalização da criança e intervenção cirúrgica é potenciadora de ansiedade e medos na própria criança e sua família. A criação de programas de melhoria da qualidade é uma competência do enfermeiro especialista. Com a elaboração do programa de atendimento à criança/família com cirurgia programada e a operacionalização das suas fases, pretende-se desenvolver um processo de cuidados relativo ao atendimento de enfermagem à criança/família, que estão a viver um processo de transição provocado pela intervenção cirúrgica. Desta forma através de uma intervenção terapêutica de enfermagem serão desenvolvidas as estratégias promotoras de uma transição saudável. O grande desafio para os enfermeiros consiste em apoiar aqueles que se encontram em transição, compreender os seus processos e desenvolver intervenções apropriadas às suas necessidades e ao seu estado de saúde (SCHUMACHER e MELEIS, 1994).

Ao longo dos vários locais de estágio foi possível aprofundar conhecimentos e desenvolver competências que me permitirão, enquanto futura enfermeira especialista, cuidar da criança/jovem e família em situações de particular exigência e complexidade, tendo em vista as necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança, na sua maximização da saúde.

Palavras-chave: Enfermeiro Especialista, Transição, Atendimento, Criança, Cirurgia.

SUMMARY

This report presents the learning process achieved at different contexts concerning nursing care and it objectively describes the identified problems/needs, the accomplished activities to solve them and the development of skills acquired during the training period. This report's purpose is to develop skills inherent to the Specialist Nurse in Child Health and Pediatrics through a formative, personal and professional course and it also aims to develop a nursing intervention program which promotes better practices in the child/family preparing to undergo surgery.

The need for the child's hospitalization and surgical intervention can bring fear and anxiety both to the child and the family. The creation of programs of quality improvement is a skill of the specialist nurse. Using the attendance program formulation towards the child/family with programmed surgery and the implementation of its stages, we intend to develop a care process on nursing attendance to the child/family living a transition process caused by surgery. Thus, through nursing therapeutic intervention, strategies to promote a healthy transition will be developed. The great challenge to nurses is to support those who are in transition, understand their processes and develop suitable interventions to their needs and health condition. (SCHUMACHER & MELEIS, 1994).

Throughout several training locations, it was possible to deepen my knowledge and to develop skills, allowing me, as a future specialist nurse, to take care of the child/youth and family in peculiar situations of demanding complexity, bearing in mind life cycle and the child's development needs, in his health's maximization.

Key words: Specialist nurse, Transition, Attendance, Child, Surgery.

SUMÁRIO

0 – INTRODUÇÃO	10
1 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO PERCURSO DE APRENDIZAGEM	12
2 – DOS OBJECTIVOS E ACTIVIDADES PLANEADAS ÀS APRENDIZAGENS REALIZADAS	17
2.1 – Experiências de Estágio	17
2.1.1 - Analisar o processo de atendimento e o acompanhamento da criança e família: as necessidades das crianças/família e as terapêuticas de enfermagem para lhe dar resposta	17
2.1.2 - Prestar cuidados de enfermagem em situações de especial complexidade à criança/jovem	32
2.1.3 - Analisar as estratégias de enfermagem de alívio da dor na criança ...	38
2.2 – Construção do Programa de Atendimento de Enfermagem	41
3 – COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	50
3.1 - Das Competencias Comuns do Enfermeiro Especialista Desenvolvidas	50
3.2 - Às Competências Específicas do EESIP desenvolvidas	52
4 – CONCLUSÃO	56
5 – BIBLIOGRAFIA	58
APÊNDICES	63
APÊNDICE I – Caracterização dos vários locais de estágio	64
APÊNDICE II – Cronograma de estágio	90
APÊNDICE III – Grelha de Observação das crianças (HGO)	92
APÊNDICE IV – Guião de Entrevista aos pais (HGO)	95

APÊNDICE V – Caracterização da crianças e pais (HGO)	98
Grelha de Análise das crianças (HGO)	98
APÊNDICE VI – Análise das entrevistas realizadas aos pais (HGO)	101
APÊNDICE VII – Guião de entrevista (UCSP Lumiar)	103
APÊNDICE VIII – Análise das entrevistas realizadas (UCSP Lumiar)	107
APÊNDICE IX - Objectivos, actividades e recursos do projecto de estágio ..	111
APÊNDICE X – Formulário	114
APÊNDICE XI – Análise do formulário: necessidades das crianças/famílias	118
APÊNDICE XII – Circuito das crianças.....	120
APÊNDICE XIII – Análise SWOT	122
APÊNDICE XIV – Análise do formulário: Valores	125
APÊNDICE XV – Análise do formulário: Princípios e Filosofia de cuidados	127
APÊNDICE XVI – Princípios e valores validados	129
APÊNDICE XVII – Folheto Informativo.....	131
APÊNDICE XVIII – Guia de acolhimento aos pais	134
APÊNDICE XIX – Kit “Vou ser Operado”	144
APÊNDICE XX – Desenhos para colorir	151
APÊNDICE XXI – Projecto da Dor	161
APÊNDICE XXII – Proposta de Programa de Atendimento à Criança/família com Cirurgia Programada	170
 ANEXOS	 180
 ANEXO I – Diploma “Eu brinco em Serviço”	 181

ABREVIATURAS

art – Artigo

Enf^a – Enfermeira

n^o – Número

p – Página

SIGLAS

CIPE – Classificação Internacional para a prática de Enfermagem

DGS – Direcção Geral de Saúde

EESIP – Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediatria

EMLA – Mistura Eutética de Prilocaína e Lidocaína

HSM – Hospital de Santa Maria

HGO – Hospital Garcia de Orta

UCIPed – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

OE – Ordem dos Enfermeiros

REPE – Regulação do Exercício Profissional do Enfermeiro

RN – Recém Nascido

SIP – Saúde Infantil e Pediatria

SUP – Serviço de Urgência Central

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

0 – INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e o seu objectivo é demonstrar a capacidade do mestrando em desenvolver Competências do EESIP, através de um percurso formativo, pessoal e profissional, desenvolvendo a reflexão sustentada na prática baseada na evidência e o conhecimento em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e desenvolver um programa de intervenção de enfermagem promotor das melhores práticas no atendimento da criança/família em situação de cirurgia programada.

Este documento pretende espelhar o estágio realizado em unidades de prestação de cuidados de saúde e transmitir os objectivos que lhes estavam subjacentes, as actividades nele realizadas, bem como, as competências desenvolvidas. A metodologia utilizada para realização deste relatório foi a análise reflexiva.

A hospitalização em si já é vista pela criança e pais como ameaçadora e causadora de ansiedade e medo, exercendo um impacto significativo sobre o seu comportamento, a intervenção cirúrgica vem potenciar ainda mais estes comportamentos. Desta forma a preparação operatória orientada de forma correcta permitirá à criança e família uma adaptação ao seu novo papel, contribuindo para que o seu nível de incerteza e ansiedade seja reduzido perante a intervenção cirúrgica entendendo-se esta experiência como um processo de transição.

Na perspectiva de Meleis, assistir as pessoas em processos de transição constitui a função mais relevante do enfermeiro. (SCHUMACHER & MELEIS, 1994; MELEIS et al, 2000). Para CHICK e MELEIS (1986), as transições recaem no domínio da enfermagem quando são pertinentes à saúde ou doença ou quando as respostas à transição são manifestadas nos comportamentos relacionados à saúde; a forma como os seres humanos lidam com as transições e como o meio afecta este domínio deverão ser preocupações centrais para a Enfermagem. O grande desafio para os enfermeiros consiste em apoiar aqueles que se encontram em transição, compreender os seus processos e desenvolver intervenções apropriadas às suas necessidades e ao seu estado de saúde (SCHUMACHER & MELEIS 1994).

Com a elaboração do programa de atendimento à criança/família com cirurgia programada, e a operacionalização das suas fases, pretende-se desenvolver um processo

de cuidados relativo ao atendimento de enfermagem à criança/família, que estão a viver um processo de transição provocado pela intervenção cirúrgica. Desta forma através de uma intervenção terapêutica de enfermagem serão desenvolvidas as estratégias promotoras de uma transição saudável.

Desta forma, o enfermeiro especialista *“proporciona benefícios essenciais para a saúde da população, nomeadamente no acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados e coordenados, garantindo a continuidade dos cuidados. Contribui igualmente para o progresso da profissão, através do desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem e de uma prática baseada na evidência. Fruto do seu conhecimento e experiência clínica, o enfermeiro ajuda a encontrar soluções para problemas de saúde complexos, a todos os níveis.”* (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2007)

Tendo por base estes enunciados, a finalidade ao longo dos vários locais de estágio foi o desenvolver de competências preconizadas para o EESIP, utilizando todo o conhecimento, toda a experiência acumulada e reflexão ética para permitir o melhor cuidado, tendo em conta as necessidades e projectos de saúde das crianças/famílias.

Apresentam-se aqui os vários locais de estágio, que foram criteriosamente escolhidos tendo em conta a temática relativa ao atendimento à criança/família com cirurgia programada. A sua caracterização pode encontrar-se no APÊNDICE I e o cronograma encontra-se no APÊNDICE II.

- UCSP do Lumiar
- Serviço de Cirurgia Pediátrica do HGO
- Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do HSM
- Serviço de Urgência Pediátrica do HSM
- Serviço de Cirurgia Pediátrica do HSM

O presente relatório está dividido em cinco capítulos. O primeiro diz respeito à contextualização do percurso de aprendizagem, onde os objectivos do percurso são referidos e justificados, paralelamente à justificação do tema e do programa. O segundo capítulo refere os objectivos comuns a todos os estágios, assim como, as actividades e as aprendizagens realizadas; divide-se em experiências de estágio e construção do programa de atendimento. No terceiro estão descritas as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do EESIP desenvolvidas ao longo do percurso, seguindo-se a conclusão, a bibliografia e os apêndices.

1 - CONTEXTUALIZAÇÃO DO PERCURSO DE APRENDIZAGEM

Este meu percurso de aprendizagem iniciou-se com o curso de pós graduação que depois se transformou em Mestrado e Pós-licenciatura de Especialização de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria. As aulas e trabalhos realizados, conduziram-me ao aprofundar de conhecimentos, a uma reflexão baseada na evidência, à reunião de um importante conjunto de ferramentas para aplicação na prática clínica.

Foi ponto de partida para o vivenciar de um processo contínuo de auto-formação, depois mais especificamente, através das experiências dos vários estágios e da construção do projecto, que fui desenvolvendo as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria. Todo o percurso realizado desenvolveu-se no sentido de uma reflexão sustentada na prática de cuidados baseada na evidência e na produção do conhecimento através da problematização de situações e do trabalho de projecto. Desta forma, o principal objectivo deste percurso foi o desenvolver competências do EESIP, através de um percurso formativo, pessoal e profissional, de forma a garantir o desenvolvimento de competências para uma prática de cuidados de enfermagem de qualidade.

Considera-se que o enfermeiro especialista em Saúde infantil e Pediatria tem uma responsabilidade acrescida na assistência à criança/família em processo de transição, uma vez que este é o profissional que assume, não só um entendimento profundo sobre as respostas humanas da pessoa aos processos de transição e problemas de saúde, como também uma resposta de elevado grau de adequação às necessidades individuais do cliente (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2007).

O enfermeiro especialista é um *“profissional 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 demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção.”* (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009)

Mas o que se entende por competência? Para PHANEUF (2005): *“a competência é o conjunto integrado que supõe a mobilização das capacidades cognitivas e sócio-afectivas da enfermeira, de saberes teóricos, organizacionais e procedimentais, tanto como habilidades técnicas e relacionais aplicadas a situações de cuidados, o que lhe permite exercer a sua*

função ao nível da excelência.” Ainda segundo a ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009), a definição de competência “refere um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efectiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar”.

De acordo com o mesmo documento as “competências comuns são competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e ainda, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria. As competências específicas são competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida, aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.”

De acordo com os graus de competências de Patrícia Benner, o enfermeiro especialista, considerado como enfermeiro perito num determinado domínio, deverá possuir um conhecimento perceptivo, mas fundamentado e aprofundado pelo conhecimento da situação concreta e contextualizada, que lhes permite prestar um cuidado individualizado e numa perspectiva holística (BENNER, 2005).

Como já foi referido anteriormente, o percurso foi se desenvolvendo simultaneamente com o delinear do projecto e o conjunto de experiências dos estágios, embora o tema do projecto tivesse moldado e influenciado a escolha dos locais de estágio. Desta forma, partiu-se de uma problemática que surgiu do meu local de trabalho, nomeadamente, o atendimento de enfermagem à criança/família com cirurgia programada. Este atendimento não era realizado de uma forma sistemática e organizada por todos os enfermeiros do Serviço de Cirurgia Pediátrica do HSM, não direccionado para as suas preocupações. Não existia uma preparação prévia da criança e da sua família, como tal, surgiu a necessidade de implementar uma proposta de programa de atendimento de enfermagem à criança/família com cirurgia programada, sendo que a criação de programas de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem é uma competência importante do enfermeiro especialista, no domínio da gestão da qualidade.

Em Portugal são ainda escassos a existência de programas formalizados e sistemáticos de atendimento à criança e família nos hospitais, segundo o projecto elaborado pelo sector da humanização do IAC sobre as condições do acolhimento e estadia das

crianças e suas famílias nos hospitais. Um dos seus objectivos foi conhecer as condições de acolhimento proporcionadas às crianças e jovens nos hospitais portugueses. Dentro dos seus resultados, destaca-se que em caso de internamento a informação fornecida a crianças e pais é uma realidade praticamente generalizada, utilizando-se diversos meios, dos quais predominam o guia de acolhimento e a visita ao serviço, embora sejam poucos os programas de acolhimento (IAC, 2006).

Esta temática é muito importante e pertinente, pois o acto cirúrgico é, por si só, potenciador de ansiedade e exacerbador de medos, tanto para as crianças como para os adultos. (PEREIRA *et al*, 2010). Há várias décadas que existe uma preocupação em relação às alterações da criança e família provocadas pela intervenção cirúrgica. Forsyth em 1934, foi o primeiro autor a alertar para o facto de existirem alterações psicológicas depois de uma intervenção cirúrgica; Na época desse estudo, as crianças eram submetidas a cirurgia sem qualquer informação prévia, veio a constatar-se que as crianças depois de operadas sentiam-se traídas pelas pessoas que confiavam mais, ou seja os pais (JUSTUS *et al*, 2006).

Na actualidade, esta problemática continua a ser alvo de estudo, relativamente às reacções das crianças perante cirurgia e hospitalização, aos sentimentos dos pais, às estratégias a utilizar e efeitos de programas de preparação. CASTRO, SILVA e RIBEIRO (2004) estudaram os efeitos da preparação pré-operatória no comportamento da criança antes e após a cirurgia. WENNSTROM, HALLBERG e BERGH (2008) realizaram um estudo em que exploraram o significado para as crianças de comparecer no hospital para cirurgia electiva. Já em 2010, JUSTUS *et al*, elaboraram uma revisão sistemática da literatura, acerca do papel da enfermeira especialista na preparação da criança para a cirurgia de ambulatório.

A cirurgia pode ser encarada como um processo transaccional, na medida em que a criança e a sua família estão perante uma situação de crise, onde o enfermeiro terá como objectivo desenvolver intervenções terapêuticas de enfermagem, levando a que o cliente se encontre não só mais confortável e mais capaz de lidar com problemas neste momento/acontecimento específico, mas também melhor equipado para se proteger no futuro. Desta forma, poderão alcançar processos de transição saudáveis (MELEIS, 2010).

A criança hospitalizada que vai ser submetida a uma cirurgia, além dos efeitos negativos comuns à hospitalização, está ainda exposta ao stress que o próprio acto cirúrgico

provoca. Assim, os cuidados de enfermagem devem ter como finalidade: minimizar o stress pré-operatório, a própria hospitalização e assegurar uma rápida e efectiva recuperação pós-operatória (PIMENTEL, 2001). Neste contexto, para que haja uma adaptação e aceitação por parte da família e da criança à hospitalização é indispensável que o acolhimento seja feito de uma forma eficaz, de modo a transmitir segurança e os faça sentir únicos e participantes. Esta atitude permite a confiança dos pais na equipa e estabelece uma relação de abertura, proporcionando uma colaboração mútua. No programa perspectivado, o enfermeiro como elo da equipa, deverá facultar informação de forma simples, credível, clara e adaptada ao momento que a família está a ultrapassar (JORGE, 2004). Tal como nos diz a Carta da Criança Hospitalizada: “ *As crianças e os pais têm o direito de receber uma informação sobre a doença e os tratamentos, adequada à idade e à compreensão, a fim de poderem participar nas decisões que lhes dizem respeito.*”

Assim depois de uma breve contextualização, enunciam-se os seguintes objectivos gerais e específicos para o meu percurso do qual se destacam dois tipos de experiências: os estágios e a construção do programa de atendimento.

Objectivos gerais:

- *Desenvolver Competências do EESIP, através de um percurso formativo, pessoal e profissional, desenvolvendo a reflexão sustentada na prática baseada na evidência e o conhecimento em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria;*
- *Desenvolver um programa de intervenção de enfermagem promotor das melhores práticas no atendimento da criança/família em situação de cirurgia.*

Assim e para os estágios seleccionados na UCSP do Lumiar, Serviço de Cirurgia Pediátrica do HGO, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do HSM, Serviço de Urgência Pediátrica do HSM e Serviço de Cirurgia Pediátrica do HSM, foram formulados um conjunto de objectivos comuns, que de seguida se elencam e explicitam:

- *Analisar as principais necessidades da criança do foro cirúrgico e sua família e as terapêuticas de enfermagem para lhe dar resposta;*
- *Analisar o atendimento e acompanhamento da criança/família;*

Porque o ponto de partida para os cuidados de enfermagem deverá ser o modo como a criança e a família estão a viver este momento de grande angústia, que é a

hospitalização e mais especificamente a intervenção cirúrgica, torna-se fundamental analisar as suas necessidades, para adequar depois a melhor intervenção. O atendimento e o acompanhamento da criança são um meio de dar resposta às necessidades da criança e família. Desta forma pretende-se analisar o atendimento e acompanhamento da criança, no sentido de apurar boas práticas nos vários contextos.

- Prestar cuidados de enfermagem em situações de especial complexidade à criança/jovem;

Nos vários locais de estágio como fontes de aprendizagem que são, pretende-se prestar cuidados à criança/família de especial complexidade, com o apoio dos enfermeiros orientadores, tendo em conta o curto espaço de tempo de estágio.

- Analisar as estratégias de enfermagem de alívio da dor na criança

Porque a dor é um fenómeno importante na experiência de doença na criança, nomeadamente em contexto cirúrgico, criando medos na família e na própria criança, torna-se imperativo analisar as estratégias de enfermagem na gestão da dor na criança nos diferentes contextos, para retirar contributos para depois incorporar um projecto de gestão da dor no programa a implementar.

Por fim, com todos estes contributos pretendia:

- Criar uma proposta de programa de atendimento de Enfermagem à criança/família, tendo em vista a sua preparação para a intervenção cirúrgica.

2 - DOS OBJECTIVOS E ACTIVIDADES ÀS APRENDIZAGENS REALIZADAS

Durante o percurso de realização dos estágios, foram sendo desenvolvidos objectivos comuns a todos os estágios e como tal, irão ser agrupadas as actividades realizadas de cada estágio inserindo-as no objectivo a que tentaram dar consecução. Dessas actividades referidas foram sendo produzidas várias aprendizagens, enriquecidas com as especificidades de cada local de estágio.

Desta forma organizo o capítulo em dois subcapítulos, no primeiro serão apresentadas os objectivos, actividades e aprendizagens durante os estágios, no segundo apresentam-se contributos e as aprendizagens significativas para a construção do projecto.

2.1 – Experiências de Estágio

Apresentam-se aqui os objectivos comuns a todos os estágios, contendo a descrição e reflexão sobre as principais actividades e aprendizagens desenvolvidas.

2.1.1 - Analisar o processo de atendimento e o acompanhamento da criança e família: as necessidades das crianças/família e as terapêuticas de enfermagem para lhe dar resposta

O enfermeiro no seio da equipa de saúde, desenvolve um contacto mais próximo com os clientes/família, seja a nível hospitalar ou comunitário, o que possibilita o primeiro contacto com as preocupações e necessidades do cliente/família. Além disso, desempenha uma função de elo de ligação com os restantes elementos da equipa e a própria natureza dos cuidados de enfermagem permite-lhe estabelecer uma relação de ajuda com os clientes, providenciar a informação necessária, apoio e mobilização de recursos, ou seja, direcciona da melhor forma as intervenções de enfermagem a essa criança e família. Assim como nos diz TEIXEIRA E FIGUEIREDO (2009) torna-se fundamental conhecer as reacções e as necessidades que a criança e família podem apresentar durante o processo de hospitalização. Isto porque a identificação e antecipação dessas necessidades podem ser importantes para certos processos de saúde-doença.

O Serviço de Cirurgia Pediátrica do HGO é um serviço que prepara, recebe e acompanha as crianças e família com cirurgia programada. Como está descrito por vários autores, a cirurgia surge na vida da criança e sua família como um factor adverso, mesmo que esta ocorra de forma programada, provoca desequilíbrios fisiológicos, psicológicos e mesmo sócio - familiares. A doença e a hospitalização/cirurgia constituem-se como factores de enorme stress e sofrimento. Estes factores são frequentemente classificados em três grandes grupos: separação, perda de controlo e lesão corporal e dor, vividos num registo de grande ansiedade e de medo (PIMENTEL, 2001; MARÇAL, 2006; ALMEIDA, 2010).

Perante estas problemáticas, o serviço de cirurgia pediátrica do HGO tem vários momentos de preparação em que o enfermeiro intervém adequadamente de forma a identificar as necessidades de cada criança e família e prescrever as terapêuticas de enfermagem mais adequadas. Os momentos referidos são: a consulta de enfermagem de 1ª vez, preparação operatória de grupo, consulta de enfermagem de preparação individual, que se apresentam seguidamente:

- Consulta de 1ª vez de enfermagem: esta consulta é realizada, logo após a consulta de cirurgia médica. Quando o médico decide a intervenção cirúrgica, a criança e pais dirigem-se para o gabinete de enfermagem, este é o primeiro contacto das enfermeiras do serviço com a criança e pais. Nesta consulta é feita uma colheita de dados do historial da criança e família muito completo e identificam-se e esclarecem-se algumas dúvidas acerca do internamento e da cirurgia; é feito também o encaminhamento para a próxima vinda ao hospital que é a preparação operatória em grupo.

- Preparação operatória de grupo: aqui estão reunidas todas crianças e acompanhantes de todas as idades e especialidades médicas. É feita uma exposição em powerpoint onde constam os aspectos mais relevantes do dia da cirurgia. Tem como objectivos: dar a conhecer as normas e rotinas do serviço, o que trazer para o hospital e conhecer o espaço físico do hospital. No fim da sessão é feita uma visita ao serviço, entrando nos quartos e na casa de banho, para melhor reconhecerem o espaço posteriormente. Por fim é dito aos pais para se dirigirem à consulta de pediatria, onde se realizará uma abordagem individual mais aprofundada.

- Consulta de enfermagem de preparação operatória individual: esta consulta é realizada na consulta externa. A enfermeira chama uma criança/família de cada vez, e apresentam-se; são fornecidas informações específicas sobre a cirurgia da criança e é-lhes

mostrada uma fotografia do penso com que provavelmente irá ficar depois da cirurgia. A família é informada da data da cirurgia e depois encaminhada para a consulta de anestesia médica.

Durante o período de estágio foram identificados vários focos da prática de enfermagem, essencialmente, a ansiedade, o medo do desconhecido e da dor, o stress e a angústia de separação. Todos estes focos foram apreciados quer nas consultas e preparação acima referidas quer depois durante o internamento pré e pós-operatório. As suas necessidades passavam essencialmente pela necessidade de comunicação, pela necessidade de informação clara e adequada a cada caso, e o pelo conforto e alívio da dor.

No âmbito da preparação operatória tive oportunidade de participar nas consultas de enfermagem de primeira vez e também nas consultas de enfermagem de preparação operatória individual. Aqui foi fornecida toda a informação necessária, explicando aos pais e criança as especificidades da sua cirurgia, foram retiradas dúvidas acerca da cirurgia e internamento, e deu-se resposta a medos existentes, verbalizados pelos pais, como por exemplo, explicando que as crianças têm acompanhamento vinte e quatro horas pelos pais, que vão acordar no recobro já com um dos pais ao seu lado; estabelecendo assim, uma relação terapêutica, já de ligação para o momento do internamento.

Durante a preparação operatória de grupo pude assistir e colaborar com a enfermeira orientadora, na explicação e distribuição de material às crianças e pais, como o EMLA e respectivos pensos, sondas rectais, e seringas, para que no dia da cirurgia estivessem já familiarizados com o respectivo material. Segundo HOCKENBERRY (2006), esta forma de brincar é um brincar dirigido, pois implica uma programação, estruturação e definição de temas específicos, onde é permitido à criança manipular e explorar o material com o qual se depara durante o internamento e a experiência de cirurgia. Tal como consta nas conclusões do estudo de PEREIRA et al (2010) as funções do brincar são reveladoras da intencionalidade terapêutica na interacção de cuidados de enfermagem, pois são desenvolvidas de uma forma intencional e com o objectivo de diminuir os stressores da hospitalização. Participei também na visita guiada ao serviço. O medo do desconhecido é uma das principais causas da insegurança e da ansiedade do paciente pré-cirúrgico de acordo com BROERING e CREPALDI (2008). Assim com a preparação operatória realizada e a visita guiada ao serviço consegue-se minimizar este medo do desconhecido relativo ao ambiente, ao espaço físico e ao circuito que a criança percorre.

Já no internamento, tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem a várias crianças/família durante todo o seu percurso. Foi realizado o seu acolhimento à chegada ao serviço, esclarecimento de algumas informações inerentes ao próprio dia da cirurgia, a preparação para o procedimento doloroso (colocação de acesso periférico), transporte para o bloco operatório e de regresso ao serviço no pós-operatório, cuidados pós operatórios e ensinos.

Perante um outro foco bastante importante, a dor, o serviço adopta um conjunto de medidas não farmacológicas e farmacológicas para o seu alívio. No pré-operatório, foram utilizadas várias estratégias antes, durante e após um procedimento doloroso, como por exemplo, puncionar uma via periférica. No pós-operatório, foram utilizadas adequadamente escalas de dor, adequadas à idade da criança (escala de faces e escala comportamental) para a sua avaliação, que perante o valor obtido são posteriormente utilizadas medidas farmacológicas ou não farmacológicas. Esta temática irá ser aprofundada nos pontos seguintes.

Os pais acompanham a criança sempre em todo o percurso, excepto no momento quando a criança entra para a sala operatória, este momento de separação dos pais, é um momento de angústia em que por vezes a criança chora e torna mais difícil e dolorosa esta separação. Perante este foco, a angústia de separação da criança, pode-se dizer que existe uma boa relação entre a equipa multidisciplinar em função do superior interesse da criança. Nestes casos, a maior parte dos anestesistas administram logo antes da entrada para a sala do bloco, um sedativo que adormece de imediato a criança, tornando a separação dos pais menos dolorosa. Nos casos em que este procedimento não foi realizado, coloquei a criança ao colo dos pais e ali permaneceu até entrar para a sala operatória, conseguiu-se assim minimizar um pouco o medo da separação dos pais.

No pós-operatório prestei cuidados imediatos à criança, tendo em conta a especificidade de cada cirurgia, passando pela avaliação global da criança, avaliação da dor, através da respectiva escala e o reforço dos direitos da criança e pais durante o internamento. No momento da alta, realizei os ensinos necessários a cada criança e pais, nomeadamente relativos à alimentação, actividade física, cuidados com o penso, ensino da realização do mesmo penso, caso seja necessário, e sobre as datas de retorno à escola.

Paralelamente à prestação de cuidados, foi dada especial atenção à observação das reacções das crianças no dia da cirurgia, em vários momentos como à chegada ao serviço,

na sala de tratamentos, na ida ao bloco operatório e no pós-operatório, mediante alguns critérios. Pretendeu-se desta forma, analisar as reacções das crianças no dia da cirurgia, que foram preparadas previamente na consulta de preparação operatória de grupo e individual, pelas enfermeiras do serviço de cirurgia pediátrica. Também se deu importância à opinião dos pais destas crianças sobre a preparação operatória efectuada.

Foi utilizada a técnica da observação como técnica de colheita de dados, de acordo com POLIT e HUNGLER (p. 178, 1995): *“as técnicas de observação podem ser utilizadas para mensurar uma gama de fenómenos (...) que constituem uma abordagem bastante versátil para a colheita de dados.”*. Foi elaborada uma grelha de observação para as crianças (APÊNDICE III) com várias categorias (Comportamento/emoções; Procedimentos; Relação com os profissionais e Ambiente), baseadas nos estudos de: TEIXEIRA e FIGUEIREDO (2009); SCHMITZ, PICCOLI e VIEIRA (2003); WENNSTROM, HALLBERG e BERGH (2008). Os pais/família destas crianças foram também entrevistados no sentido de perceber a sua opinião sobre o programa de preparação operatória que viveram (apêndice IV). A entrevista permite *“colher informações junto dos participantes relativos aos factos, às ideias, aos comportamentos, às preferências, aos sentimentos, às expectativas e às atitudes”* (FORTIN 1999, p.245). A entrevista foi semi-estruturada, segundo POLIT, BECK e HUNGLER (2004) por ser aquela em que o entrevistador tem uma lista de tópicos pré-concebida, formula as questões e orienta a entrevista com o objectivo de que o entrevistado aborde todos os tópicos. No que diz respeito ao tratamento das questões abertas, obtidas nas entrevistas, utilizei a análise de conteúdo de BARDIN e segundo FORTIN (1999, p.315) consiste na *“(...) busca de sentido numa descrição da experiência humana (...) a fim de colocar em evidência as unidades de significação da experiência”*.

No período de estágio conseguiu-se analisar apenas o comportamento de sete crianças na fase do pré-escolar e escolar, este número reduzido deveu-se ao facto de apenas marcarem cirurgias electivas para as crianças em idade escolar, nos períodos das férias escolares. A grelha de análise encontra-se no APÊNDICE V. Conseguiram-se observar comportamentos semelhantes nos referidos momentos:

À chegada ao serviço no que diz respeito às crianças do pré-escolar e escolar do que pude observar, são crianças que chegam aparentemente tranquilas, já conhecem o espaço físico, como o quarto, a cama, a bata que vão ter de vestir, a casa de banho, onde vão poder tomar duche no dia da cirurgia. Lembram-se dos profissionais de saúde com que estiveram no dia da preparação o que lhe dá confiança e segurança. No interior da sala de tratamentos

todas as crianças reconhecem o material que já tinham manipulado anteriormente. Durante o procedimento doloroso, tiveram a segurança e o apoio dos pais, apesar de não sentirem dor, ficam mais apreensivas perante os profissionais de saúde. Quando chegam à entrada do bloco, as crianças mais velhas, apesar de não terem ido visitar o espaço, reconhecem-no como lhes foi descrito, duas crianças referem ser como uma nave espacial, com muitas luzes. É nesta altura o único momento que se dá a separação dos pais, neste caso as crianças ficam mais ansiosas e choram em alguns casos, quando não são anestesiadas na altura da separação. No pós-operatório imediato as crianças ainda se encontram sob o efeito da medicação, desta forma podem vir sonolentas, a chorar ou desorientadas temporariamente. Todas as crianças reconheceram o penso operatório e ficaram apreensivas perante a dor. Já no momento da alta as crianças estão calmas, felizes por regressar a casa. Confiam no profissional de saúde, quando este vai fazer os ensinamentos sobre os cuidados a ter em casa. As duas crianças mais velhas compreendem a informação que lhe é fornecida.

Relativamente aos pais entrevistados que foram sujeitos à preparação operatória, quando questionados sobre a sua opinião sobre a preparação efectuada, as respostas foram muito semelhantes, todos os pais referiram a importância de conhecerem já previamente o espaço físico tanto para si próprios como para a criança, referem também o facto de neste dia estarem menos ansiosos e mais tranquilos, mencionam que a informação fornecida foi bastante adequada, em relação às rotinas e aos procedimentos. A análise efectuada encontra-se em grelha no APÊNDICE VI.

De facto, no final desta experiência de estágio e depois de analisados os resultados da observação dos comportamentos das crianças sujeitas à preparação operatória, e da opinião dos respectivos pais, considero imprescindível a preparação para a intervenção cirúrgica. Vários estudos pesquisados na evidência (SCHMITZ, PICCOLI e VIEIRA (2003); WENNSTROM, HALLBERG e BERGH (2008) e TEIXEIRA e FIGUEIREDO (2009), revelam que as crianças e a família que são submetidas à preparação operatória expressam maior entendimento, aceitação e reconhecimento dos procedimentos cirúrgicos, estabelecem com maior facilidade uma relação com a equipa de enfermagem, referem menos medo e encaram a experiência como fonte de aprendizagem e a presença do familiar como agente tranquilizador.

Este foi um estágio de aprendizagem muito importante, nomeadamente na preparação da criança e teve grandes contributos para a elaboração do programa de

atendimento como iremos ver no ponto 2.2. É um serviço onde se prestam cuidados de qualidade às crianças e família, acompanhando-as desde o início do seu circuito, dando especial atenção à preparação para a intervenção cirúrgica e o atendimento, tendo em consideração as necessidades de cada criança/família e respeitando os seus direitos. Foi também muito enriquecedor estar num serviço semelhante ao local onde exerço funções, pois foi um momento de grande partilha de experiências com as enfermeiras do serviço, nomeadamente em relação a filosofias de cuidados, métodos de trabalho, materiais utilizados, e relativamente aos procedimentos médicos.

Dentro da área da saúde infantil a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Lumiar integra a consulta de saúde infantil, consulta do adolescente, vacinação, saúde escolar, unidade móvel e o núcleo de apoio à criança e jovem em risco. Apesar de serem programas diferentes, todos se interligam, pois a mesma criança pode ser seguida e avaliada por todas, ou quase todas as valências. Embora apenas tenha estado presente nas consultas de saúde infantil, devido ao período de tempo de estágio muito curto, foram-me explicados os objectivos e a importância de cada um dos programas. Foi atribuída especial importância à criança do foro cirúrgico no domicílio.

Relativamente ao utente do foro cirúrgico, foram analisadas as necessidades das crianças/famílias do foro cirúrgico, no sentido da continuidade de cuidados após a alta. Para tal, foi elaborado um guião de entrevista (APÊNDICE VII) dirigido a famílias cuidadoras de crianças com cuidados especiais, acompanhadas pela UCSP do Lumiar, depois de já terem sido submetidos a cirurgia no Serviço de Cirurgia Pediátrica do HSM. Relativamente à estrutura das entrevistas, foram definidos dois momentos significativos baseados na minha experiência pessoal, sendo eles: a transição do hospital para o domicílio e no domicílio. Os dados obtidos permitiram-me analisar o ambiente físico em que vivem as famílias e constatar as suas dificuldades e necessidades vividas. Existiam apenas duas famílias nas condições referidas. São crianças com problemas do foro urológico e neurológico, ou seja, situações crónicas que necessitam de procedimentos, no caso, esvaziamentos vesicais de quatro em quatro horas.

Foi eleito como instrumento de colheita de dados a entrevista semi-estruturada, no que diz respeito ao tratamento das questões abertas, obtidas nas entrevistas, utilizei a análise de conteúdo de BARDIN. As entrevistas foram codificadas em E1, E2 consoante a sua ordem de realização, de forma a manter o direito ao anonimato e à confidencialidade.

Tal como planeado, as entrevistas, foram realizadas em casa das famílias, após contacto telefónico às mesmas, onde lhes foi explicado o motivo da entrevista. A deslocação foi conseguida com o apoio da equipa de cuidados continuados do centro de saúde, tendo sido realizada uma breve reunião com a coordenadora da equipa, onde foram explicitados todos os aspectos referentes às entrevistas, desta forma foi-me garantido o transporte até às residências em segurança, não posso deixar de salientar que as residências destas duas famílias se situavam em bairros considerados problemáticos. Antes da realização das entrevistas procurei ter um ambiente calmo, livre de barreiras à comunicação e de interrupções; realizei a entrevista de acordo com os princípios preconizados e no respeito pela privacidade.

Das entrevistas realizadas, duas eram de mães africanas que deixaram a sua cultura e o seu país (PALOP) para vir com o filho doente para obter melhores cuidados de saúde em Portugal. Um filho com necessidades especiais acrescenta sempre novas responsabilidades para as famílias, alterando completamente a vida familiar. São mães com fracas condições sócio-económicas o que se reflecte nas suas habitações e consequentemente nas condições para os cuidados de saúde que prestam aos seus filhos.

Da análise das entrevistas (apêndice VIII), verificou-se que chegado o momento da alta, estas mães se confrontaram com o ir para casa a ter que prestar cuidados complexos, desta forma, sentiram-se assustadas e com medo de não serem capazes de prestar os cuidados, ou com medo de magoar a criança durante o procedimento. No estudo de ALMEIDA et al (2006), em que se pretendia estudar as vivências e dificuldades de mães de crianças com doença crónica, identifica-se de forma importante, o sentimento do medo, tanto em decorrência do não saber fazer o cuidado, como também o receio em prestar este cuidado percebido como difícil e do que poderia acontecer durante a realização do mesmo. Já em casa, as mães referiram ter de lidar com as dificuldades das condições habitacionais e neste momento com o facto de haver a necessidade de se deslocarem à escola dos filhos no mínimo duas vezes por dia, para a prestação de cuidados. Esta situação impede que possam trabalhar normalmente exigindo disponibilidade todos os dias.

A situação acima referida, foi discutida com a Enfermeira Orientadora, de forma a tentar adequar os meios da UCSP a esta situação. A hipótese válida que surgiu foi a possibilidade da enfermeira que integra a saúde escolar, se deslocar à escola destas crianças com o objectivo de prestação de cuidados específicos a estas crianças.

De acordo com FURLAN, FERRIANI e GOMES (2003) é preciso conhecer melhor a criança e sua família, saber como compreendem, sentem e dão significado às suas vidas, tendo em conta os aspectos culturais do processo saúde-doença, valores, crenças e práticas dos diferentes grupos sociais aos quais pertencem, só então haverá maior compreensão das necessidades da criança, da sua família e das pessoas consideradas importantes para elas, facilitando ao profissional a intervenção adequada.

Esta intervenção prestada pelo enfermeiro a estas famílias deverá ter em consideração as particularidades de cada contexto social, partindo-se desta forma das suas reais necessidades e ainda das suas potencialidades. Evidencia-se portanto, ser indispensável o acompanhamento das famílias por uma equipa multidisciplinar, nas várias fases do crescimento e desenvolvimento das crianças, conduzindo-as para uma vida saudável a partir das suas potencialidades, não esquecendo dos cuidadores, que devido ao sentimento de culpa que transportam, na maioria da vezes são mães que assumem a responsabilidade toda para si mesmas. O enfermeiro como elemento desta equipa deverá envolver as famílias, a escola e a comunidade nos cuidados a estas famílias para que consigam alcançar processos de vida saudáveis.

De acordo com a DGS (2005) *“a manutenção e promoção da saúde de todas as crianças, é um imperativo para os profissionais e para os serviços.”*. O programa tipo de actuação visa garantir adequados e eficazes cuidados de saúde, por parte dos diferentes profissionais de saúde, a ter lugar em qualquer local de vigilância de saúde. No programa de saúde infantil o enfermeiro tem um papel preponderante na educação e aconselhamento dos pais. É da sua competência avaliar o estado de saúde, crescimento e nível de desenvolvimento da criança através das consultas de enfermagem.

As consultas de vigilância de saúde constituíram um momento privilegiado, permitiram-me não só, uma avaliação global da criança/família e detecção de situações de risco, mas também a promoção das competências parentais no cuidar/educar da criança e para a adaptação familiar em cada fase de desenvolvimento da mesma. Durante as consultas de enfermagem foi possível tomar decisões com base numa abordagem sistémica e sistemática, que permitiu identificar as necessidades de cuidados de enfermagem e elaborar um plano de cuidados centrado nos problemas de saúde do criança, família e/ou comunidade.

Relativamente ao acompanhamento das famílias, iniciava-se desde a realização do diagnóstico precoce, a partir deste momento, era avaliada a estrutura e o contexto do sistema familiar de forma a traçar um plano de saúde adequado a cada situação. Ao longo do acompanhamento da família nas consultas de vigilância de saúde, foram sendo realizados diversos ensinamentos aos pais na promoção da saúde e na prevenção da doença da criança. Também foi promovida a vinculação, principalmente através do incentivo à amamentação, num espaço apropriado: cantinho da amamentação, trata-se de uma sala com toda a privacidade, com uma cadeira confortável e a almofada da amamentação, onde se podia verificar a relação entre mãe/pai/bebé e promover o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao bebé. Os pais sentiam-se livres para colocar todas as questões.

Paralelamente à prestação de cuidados foi feita uma vasta pesquisa bibliográfica e foram promovidos momentos de partilha de saberes e experiências com a enfermeira especialista acerca das intervenções centradas na família no contexto dos Cuidados de Saúde Primários, de forma a desenvolver em colaboração com as enfermeiras, consultas de vigilância de saúde baseadas em conhecimentos aprofundados sobre promoção de saúde e prevenção da doença.

Mencionando o estágio na Urgência Pediátrica do HSM, é importante referir que a Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos faz parte do referido Serviço de Urgência Pediátrica. Desta forma o estágio foi dividido pelos dois serviços, uma semana no Serviço de Urgência e duas semanas na Unidade, visto ser uma unidade que recebe frequentemente crianças para o pós-operatório imediato.

Ter um filho numa unidade de cuidados intensivos é uma fonte de grande stress para os pais, apesar dos benefícios de todo o suporte tecnológico e profissionais treinados para situações críticas de doença. Estas famílias são confrontadas com novas exigências, alterações de rotina e adaptações diversas (HARBAUGH, TOMLINSON e KIRSCHBAUM, 2004). Segundo GOMES, TRINDADE, e FIDALGO (2009), perante a situação de doença e internamento de um filho numa unidade de cuidados intensivos os pais reagem de imediato com sentimentos de choque e recusa da realidade, ao longo do internamento os sentimentos mais frequentes passam pelo desespero, revolta, tristeza, preocupação e culpa.

O acolhimento na unidade é condicionado pelo estado em que a criança chega à unidade, no entanto, no momento da chegada ou mais tarde é apresentado o serviço e as normas respectivas aos pais. Existe uma sala dedicada aos pais, que faz um pouco o

contraste com o resto da unidade, esta que tem um ambiente assustador para os pais, nomeadamente com o suporte tecnológico, o próprio estado das crianças, o movimento sempre constante de profissionais de saúde e o ruído dos alarmes dos monitores o que também é referido por WHALEY e WONG (1999). Os pais referem que é um local onde podem repousar por alguns minutos ou horas, em que, por um lado estão perto do seu filho e mantendo o controlo da situação, e por outro lado é um local calmo de descanso e descontração. Existem estas mesmas salas em Unidades de cuidados intensivos de outros hospitais portugueses, com o mesmo objectivo.

Foram prestados cuidados a várias crianças com o apoio da enfermeira orientadora, por descompensação respiratória e metabólica, politraumatizados, crianças ventiladas, estando alerta para eventuais sinais de alarme a nível hemodinâmico das crianças. Ao longo do tempo passado na unidade, apercebi-me no geral de sentimentos de impotência, desespero e de preocupação por parte dos pais, e perante tal, as suas necessidades passavam pela comunicação adequada, informação e principalmente de apoio emocional por parte dos enfermeiros. Tal como nos diz PHANEUF (2005) a comunicação terapêutica permite o estabelecimento de uma ligação entre o enfermeiro e a família, baseando-se numa compreensão empática, numa relação privilegiada que favoreça a satisfação das necessidades do utente. Fui utilizando a comunicação como ferramenta vital no processo de cuidar na unidade, considerando tanto a comunicação verbal como a não verbal. No estudo de GOMES, TRINDADE e FIDALGO (2009) onde apuraram as vivências de pais de crianças internadas numa unidade de cuidados intensivos, evidenciou-se a necessidade das mães procurarem um complemento da informação, a comunicação não verbal.

Considero que é possível uma união da tecnologia e do cuidado humanizado, na medida que o serviço oferece às famílias condições adequadas de estrutura física, como os espaços de descanso dentro da unidade, foi proporcionado um adequado acolhimento, apoio emocional e disponibilidade e fornecimento de informação clara e adequada.

No Serviço de Urgência pediátrica, existiu uma dedicação particular à Sala de Triagem e à Sala de Tratamentos por serem os locais que proporcionavam mais oportunidades de aprendizagem, pela diferença relativamente ao meu contexto profissional actual. Esta realidade é muito específica e permite diagnosticar precocemente e intervir nas situações urgentes e emergentes, despistar sinais/sintomas, antecipar cuidados, estabelecer prioridades e reagir em situações novas e imprevistas.

A triagem de um serviço de urgência procura assegurar que os clientes sejam assistidos por ordem de prioridade clínica, podendo esta obedecer a um modelo próprio, sendo o mais comum, o Sistema de Triagem de Manchester. No entanto no SUP do HSM é utilizado um suporte informático apenas de informação/registo, o sistema informático ALERT, que deixa em aberto a avaliação da situação de saúde da criança pelo enfermeiro e o estabelecimento de prioridades de atendimento, baseado em protocolos elaborados pela equipa médica e de enfermagem. A prioridade é baseada em situações de emergência (paragem cardio-respiratória, sépsis, choque, convulsões e intoxicação por organofosforados) e são encaminhados para a sala de reanimação; situações de urgência (dificuldade respiratória, intoxicações, recém-nascido, mau estado geral, politraumatizados, desidratação reacções alérgicas, suspeita de abdómen agudo, febre na criança com menos de três meses, rash cutâneo, abuso sexual ou maus tratos, e situações de risco) e são encaminhados para o médico ou enfermeiro de acordo com protocolo; as situações não urgentes são todos os restantes casos.

Com o apoio da enfermeira orientadora realizei a avaliação da situação de saúde de algumas crianças na triagem, realizei a entrevista à criança/pais, apresentando-me em primeiro lugar; observei rapidamente a criança, avaliei as queixas e presença de sinais e sintomas para determinar os cuidados, estabelecendo prioridades de atendimento, foram recolhidos os dados para identificar as necessidades em cuidados de enfermagem à criança/família. Foram também realizados ensinamentos em situações não urgentes, sobre medidas a tomar em casa em situações semelhantes e temas relacionados, feita orientação sobre recursos de saúde e validação dos ensinamentos com a criança/pais. Este sistema de triagem exige o desenvolvimento de um elevado sentido de responsabilidade e competência, implicando uma grande capacidade de mobilizar com eficácia múltiplos conhecimentos técnico-científicos, com o intuito de dar sentido à tomada de decisão autónoma.

Verificou-se também que as famílias quando chegam ao serviço de urgência, vêm com sentimentos de ansiedade, stress e muitas vezes culpa pela situação de doença do seu filho. O enfermeiro tem de saber actuar, estabelecer prioridades, despistar sintomas na criança e ainda saber lidar com os pais num ambiente de elevado estado de medo, ansiedade e stress. Para WHALEY e WONG (1999), a admissão num serviço de urgência é uma das experiências mais traumáticas para a criança e os seus pais/familiares, o início repentino de uma doença ou de uma lesão deixa pouco tempo para preparações ou

explicações. Também segundo AITKEN e WILTSHIRE (2005) a experiência de ter de se deslocar com um filho para uma urgência de um hospital é uma situação altamente stressante para os pais e cuidadores. Para além de lidarem com a situação em si, muitas vezes têm de trazer os outros filhos consigo ou deixa-los com outras pessoas, e podem ter de alterar compromissos de trabalho. Perante os referidos sentimentos é fundamental que os enfermeiros assegurem que a família receba o suporte necessário para assumir, tanto quanto possível, a sua função cuidadora. Foi realizado sempre que possível um acolhimento da criança/família num ambiente calmo, com uma postura receptiva à informação transmitida pela criança e os seus pais, a comunicação foi adequada à idade da criança e cultura da família, garantiu-se sempre o acompanhamento da criança por um dos pais, o próprio ambiente do corredor, das paredes e das salas está pintado com bonecos de cores vivas, tem um aspecto agradável e atractivo para as crianças. Esta intervenção terapêutica poderá prevenir comportamentos não adaptativos e promover o êxito da recuperação da criança, evitando as consequências nefastas inerentes à hospitalização.

A UCIN é uma unidade muito específica e diferente dos restantes serviços de pediatria, mais especificamente, em termos de patologias e técnicas médicas e de enfermagem. Não existiu a oportunidade de prestar cuidados a recém-nascidos do foro cirúrgico, de modo que se deu especial atenção às necessidades relativas à transição para a parentalidade, sendo este um fenómeno próprio de enfermagem. Consultando a versão 1.0 da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem a adaptação à parentalidade entende-se como: *acção de parentalidade com as seguintes características: comportamentos que incidem no ajustamento à gravidez e em empreender acções que se preparem para ser pai ou mãe; interiorizando as expectativas dos familiares, amigos e sociedade quanto aos comportamentos parentais adequados ou inadequados.*

Neste momento em que o casal se está a preparar para o desempenho da paternidade e assumir os comportamentos acima descritos, o nascimento de um filho pré-termo é uma situação geradora de grande stress. O ambiente tecnológico e altamente sofisticado da unidade de cuidados intensivos neonatais intimida frequentemente os pais, acentuando o seu sentimento de incompetência para o desenvolvimento da função protectora e cuidadora, sentimentos de culpa e de fracasso estão frequentemente presentes e podem comprometer o processo de vinculação com o bebé (FERREIRA e COSTA, 2004).

O exercício da parentalidade, fundamentalmente quando acontece pela primeira vez, reveste-se de alguma complexidade, uma vez que dele depende, em muito, o

desenvolvimento de um conjunto de actividades da exclusiva responsabilidade dos pais. As mudanças inerentes ao processo de parentalidade são múltiplas e exigem, frequentemente, alterações variadas e complexas dos papéis familiares e, na verdade, a forma como esta transição é vivida pela família poderá influenciar a qualidade da saúde dos seus membros (SOARES, 2008).

O processo de transição para a parentalidade vem alterar radicalmente o equilíbrio anterior de cada família, e exige mudanças substanciais na vida dos indivíduos e requer respostas (cognitivas, emocionais, comportamentais) que habitualmente, sobretudo no caso de um primeiro filho, não integram o repertório comportamental dos pais, exigindo uma adaptação específica e uma obrigatória reestruturação e reconceptualização a nível pessoal, familiar e social (BAYLE, 2005; CANAVARRO & PEDROSA, 2005; FELDMAN, 2006; FIGUEIREDO, 2000).

Na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, ao longo do estágio, foi possível observar e participar nos cuidados de enfermagem nos vários sectores: Sala da Pré-saída, Sala de Cuidados Intermédios e Sala de Cuidados Intensivos. Prestar cuidados ao RN e família, em qualquer um destes sectores, exigiu a elaboração e implementação de planos de cuidados com base no pensamento reflexivo e a tomada de decisões, coerente com a análise de cada situação. Como focos de enfermagem, foram identificados, a adaptação à parentalidade, a ansiedade e o conforto do RN.

Relativamente ao acolhimento na unidade, este é feito explicando aos pais em primeiro lugar, o ambiente em que vão encontrar o bebé, os cuidados inerentes a este ambiente e a normas da unidade. É entregue um folheto com alguns aspectos principais da unidade. Na unidade a família tem liberdade para decidir qual o momento adequado para ver o seu bebé e deve ser respeitada a sua decisão, pois da sua disponibilidade depende a qualidade da relação com o bebé. Assim, os pais são inicialmente encorajados a permanecer junto do bebé e gradualmente a interagir com ele e por último se a condição clínica do bebé assim o permitir, os pais podem começar a prestar cuidados. É facultada toda a informação relativamente ao estado do bebé, função e funcionamento do equipamento, tratamentos efectuados, terapêuticas, estratégias para lidar com o bebé e reacções habituais. Normalmente o enfermeiro que faz o acolhimento, fica a ser o enfermeiro de referência, acompanhando a família sempre que está presente e fazendo a ponte entre os restantes membros da equipa multidisciplinar.

Analisando este método de organização de trabalho, e consultando a bibliografia, o “*Enfermeiro de Referência*” representa um método de organização de trabalho, personalizado que envolve conhecimento científico e proporciona autonomia e responsabilidade. É um método sistemático de organizar o trabalho de enfermagem através da atribuição de um grupo de crianças doentes a um enfermeiro. Este será responsável por realizar o acolhimento (a avaliação inicial), diagnóstico, planeamento, prescrição, implementação e avaliação final dos cuidados de enfermagem prestados a essas crianças hospitalizadas bem como será o responsável por supervisionar os cuidados planeados e implementados. Cada enfermeiro de referência tem um grupo de enfermeiros associados que ficam responsáveis pelos cuidados planeados (CARMONA e LALUNA, 2002). Este método de organização de cuidados é aquele que em pediatria mais espelha o desenvolvimento dos novos modelos e filosofia de cuidados pediátricos, assentes na parceria e na negociação de cuidados com os pais, prevendo a sua participação efectiva com continuidade do exercício do papel parental (REIS, 2007).

Não houve oportunidade de realizar o acolhimento durante o período de estágio, apesar desse facto, ao longo da prestação de cuidados houve a preocupação, constantemente, numa dinâmica de parceria de cuidados, em promover o envolvimento parental nos cuidados ao bebé, no sentido de aumentar o sentimento de autonomia e competência parental e, simultaneamente, satisfazer as suas necessidades no decorrer do internamento hospitalar. Os pais não podem ser encarados como meras visitas nas UCIN, devem ser envolvidos como parceiros nas decisões relativas aos cuidados ao bebé. E esta partilha de responsabilidades deve ter início a partir do momento em que o recém-nascido e família são admitidos nas unidades, e deverá continuar ao longo do internamento, de acordo com o melhor interesse da criança (FERREIRA e COSTA, 2004). A parceria de cuidados constitui-se como uma filosofia de cuidados que reconhece e valoriza a importância da família no cuidar da criança hospitalizada. Existem dois conceitos principais numa abordagem de parceria segundo CASEY (1995) os cuidados centrados na família, em que se fornece poderes à criança e família, partilhando informação e conhecimentos para os capacitar na tomada de decisão e no processo de cuidados; e cuidados negociados, em que existe uma relação de confiança e respeito mútuos. Esta negociação conduz a um plano de cuidados combinado mutuamente.

Também se procurou promover sempre que possível privacidade para os pais interagirem com o seu filho, porque se torna complicado exercer a parentalidade quando

não existe espaço para o sistema parental se desenvolver, quando os pais não se reconhecem e não são reconhecidos como cuidadores principais da criança, potencialmente capazes de cumprir os objectivos da parentalidade. Reflectindo, é de facto, uma tarefa muito complicada “ser pais em público”, onde nem existe uma cortina de separação do berço com o resto da unidade, onde as regras estão pré-definidas por outros, que são dominantes e têm autoridade epistemológica, onde a criança parece que não pertence aos pais.

Relativamente ao conforto do RN, procurou-se sempre ter um ambiente calmo na unidade, sem ruído ou luzes fortes, adequar o posicionamento a cada bebé, tendo em conta o seu estado de saúde, estimular o contacto dos pais com o RN, com o toque, a massagem, o contacto visual, a amamentação sempre que possível e encorajar o método canguru sempre que possível e realizada a avaliação da dor.

Durante o estágio na unidade verificou-se que o enfermeiro é o catalizador da vinculação bebé/família envolvendo-os nos cuidados ao seu filho, valorizando positivamente as suas competências, e contribuindo para elevar a qualidade de vida da tríade no presente e no futuro. Desta forma, para além da valorização do papel da família como principal cuidador, a parceria nos cuidados, permitirá a identificação das necessidades da família e o estabelecimento/desenvolvimento da vinculação.

Particpei em várias actividades proporcionadas pela unidade, que foram oportunidade de aprendizagem numa área tão específica como é a neonatologia. Particpei nos rastreios auditivos, na estimulação da sucção não nutritiva no RN pré-termo e no programa synagis. Verificou-se que a equipa demonstra uma grande preocupação para questões relacionadas com a transição para a parentalidade e o desenvolvimento do RN e das competências parentais, elaborando e actualizando alguns projectos, actividade, normas e estudos de investigação relacionados com o acolhimento, o enfermeiro de referência, o método canguru, a massagem de conforto, a dor no RN, os posicionamentos do RN, a parceria de cuidados com a família, entre outros temas. Este foi o local de estágio que mais exigiu uma vasta pesquisa bibliográfica, mais especificamente, em termos de patologias e técnicas, visto ser um serviço muito específico e diferente dos restantes serviços de pediatria.

2.1.2 - Prestar cuidados de enfermagem em situações de especial complexidade à criança/jovem

Destaco as experiências nos locais de estágio onde foram prestados cuidados de enfermagem de especial complexidade: na UCIN e, mais especificamente à criança/família do foro cirúrgico, no Serviço de Cirurgia Pediátrica do HGO e na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátrica do HSM, aqui apenas no pós-operatório.

Durante o período de estágio na UCIN, foram prestados cuidados a um RN internado com várias malformações (síndrome polimalformativo), sendo uma delas fenda palatina e labial completa. Este foi um caso de uma gravidez seguida, em que nas ecografias realizadas apenas se detectou uma fenda labial. Quando os pais olharam a primeira vez para o bebé, fui-me apercebendo através de diálogos entre os pais, um misto de sentimentos como a negação, revolta, incredibilidade, amor, preocupação, medo e angústia, associados à parentalidade de um filho com malformações não esperadas. Quando se alia a todas as exigências da parentalidade, o nascimento de um bebé com malformação congénita, que nada tem a ver com o bebé idealizado pelos pais, surgem dificuldades acrescidas que complexificam o processo de adaptação parental. As necessidades psicológicas que os pais desejariam e esperariam que a criança satisfizesse são “ameaçadas” pela malformação. Esta situação perturba os mais profundos desejos de estabilidade pessoal e têm um grande impacto na dinâmica familiar (AZAR e BARD, 2006).

Nesta situação, os focos de atenção presentes mais importantes que necessitaram de ser trabalhados foram o medo e a adaptação à parentalidade. Tendo em conta a complexidade da situação, exigiu a elaboração e implementação de planos de cuidados com base no pensamento reflexivo e a tomada de decisões coerente adaptada a esta família. Não posso deixar de dizer que tive sempre o apoio e a orientação da enfermeira orientadora da unidade.

Como ponto de partida dos cuidados, houve o cuidado de proporcionar aos pais a liberdade para decidir qual o momento adequado para voltar a rever o seu bebé e foi respeitada a sua decisão, pois da sua disponibilidade depende a qualidade da relação com o bebé. A mãe de um bebé de risco necessita de um ambiente onde possa ser acolhida no seu inevitável processo de luto, para que este possa ser verbalizado e recebido como adequado e necessário pela equipa que trabalha com os pais e seus bebés; aos poucos, os pais devem passar a receber informações sobre as capacidades dos recém-nascidos (BRUM e SCHERMANN, 2004).

Ao longo da prestação de cuidados procurou-se sempre ter um ambiente calmo na unidade, sem ruído ou luzes fortes, houve a preocupação, constantemente, em promover a interacção dos pais com o bebé, tendo em atenção que se encontrava ventilado, através do toque, do olhar, do conversar com o bebé, e das roupas que lhe poderiam trazer, capacitando-os para a tentativa de construção de um apego seguro. Também se procurou promover sempre que possível privacidade para os pais interagirem com o seu filho, porque se torna complicado exercer a parentalidade quando não existe espaço para o sistema parental se desenvolver e quando os pais não se reconhecem capazes de cumprir os objectivos da parentalidade.

Deu-se especial atenção na ajuda aos pais para o reconhecimento das potencialidades do seu bebé, a interagir de forma gratificante, de forma a construir significados para a relação parental, a dar sentido à vida daquela criança que nasceu diferente e a desenvolver competências parentais e sentimentos de auto-confiança. De acordo com FORCADA-GUEX *et al* (2006), a sensibilidade parental e a sua resposta às necessidades do bebé influenciam significativamente o relacionamento pais-bebé e posteriormente as aquisições deste, sobretudo ao nível da linguagem e de competências sociais.

Considero que a relação terapêutica desenvolvida com esta família contribuiu para o início do desenvolvimento da vinculação pais-bebé, constituindo esta, um factor protector na construção da sua resiliência individual e familiar neste contexto tão difícil e marcante das suas vidas. Apesar das condições físicas não serem as desejadas, podemos sempre através das nossas atitudes, da postura que adoptamos, da disponibilidade emocional que demonstramos e da sensibilidade proveniente da experiência adquirida enquanto pessoas e profissionais, marcar efectivamente a diferença na vivência das crianças/famílias que cuidamos.

No Serviço de Cirurgia Pediátrica, considerei o período pré-operatório de especial complexidade, pelo que realço a minha prestação de cuidados nesta fase.

Durante o processo de atendimento à criança e família, estive desperta para as preocupações e para os factores stressantes destas famílias, em que os mais referidos foram o medo da própria cirurgia e anestesia e medo da dor. Na admissão ao serviço à criança e acompanhantes, foram instalados no quarto, fornecida a bata para vestir depois do banho e a chave do cacifo respectivo. Foi feito o reforço de alguma informação já fornecida

na preparação operatória, nomeadamente, informações relativas aos direitos dos pais, como o acompanhamento e as senhas de refeição e alguns procedimentos que a criança ia ser sujeita antes de ir para o bloco operatório. Foram fornecidas todas as informações referentes à cirurgia possíveis, como a hora prevista de entrada no bloco operatório e o tempo previsto da duração da cirurgia. Tive em especial atenção a explicação dos procedimentos relacionados com a dor na criança, como é o caso da aplicação de EMLA, administração de midazolam rectal e o puncionar o acesso periférico para colocação de soro.

No que concerne ao referido procedimento doloroso, houve a preocupação de garantir a presença dos pais ou familiar significativo junto à criança, explicando-lhe todos os passos do procedimento e o seu papel de apoio à criança nesta situação, foi também colocada música adequada à idade, sendo o ambiente envolvente da sala de tratamentos mais especificamente onde decorre o procedimento muito agradável para a criança, pois tem as paredes pintadas com bonecos e cores vivas, acabando também por ser estes desenhos, elementos importantes na distração da criança, o que é corroborado pelo estudo de PEREIRA et al (2010) em que o facto das paredes da sala de tratamentos estarem decoradas com desenhos constitui um factor positivo, não só porque promove a criação de um ambiente de fantasia adequado à criança, mas também porque facilita a mobilização do brincar durante os procedimentos.

De acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2001), o enfermeiro deve empenhar-se ao máximo de forma a minimizar o impacto negativo resultante da necessidade de hospitalização. Assim, depois de estabelecidas prioridades nas minhas intervenções, foram proporcionados momentos de distração às crianças, sendo estas, encaminhadas para a sala de actividades, ou de acordo com a sua preferência, ver um filme, ler um livro, jogar computador ou consolas portáteis. Foi dada particular importância ao brincar terapêutico, na medida em existia uma intencionalidade terapêutica, fornecia material relacionado com a hospitalização para as crianças manipularem e explicava determinados procedimentos com esses materiais. Também realizei leituras de livros ilustrativos de personagens no hospital e projectava a história, no momento que a criança estava a viver. Recorri também à mobilização do brincar em determinadas acções, como por exemplo, na toma de pré-medicação via oral, esta que tem um sabor amargo, desta forma, foi organizado um concurso entre duas crianças para ver quem engolia mais depressa. Todas as actividades planeadas foram adequadas ao desenvolvimento das crianças e verifiquei que tive bastante receptividade nas mesmas.

Verificou-se que a mobilização das actividades do brincar nos cuidados de enfermagem implica sempre a necessidade de considerar a disponibilidade da criança atendendo aos seus interesses na decisão de qual o momento, espaço e forma da actividade a realizar, existindo sempre uma negociação com a mesma, tal como está preconizado na Carta da Criança Hospitalizada (1988) e nos documentos reguladores da prática de cuidados (Código Deontológico do Enfermeiro, 2005 e Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, 2001). É importante também não esquecer que esta mobilização do brincar depende da disponibilidade do prestador de cuidados, como tal, torna-se imprescindível estabelecer prioridades nos cuidados a prestar, organizando o plano de cuidados das crianças de forma a conseguir integrar o desenvolvimento do brincar nas nossas intervenções.

De acordo com o estudo de PEREIRA et al (2010) as actividades do brincar incorporadas nos cuidados de enfermagem à criança são desenvolvidas através de dez estratégias: *“promover o confronto/coping, favorecer o relaxamento durante os procedimentos, incrementar o sentimento de controlo, promover o sentimento de segurança, facilitar a aproximação, promover a expressão emocional, minimizar o sentimento de solidão, promover a distração durante os procedimentos e desmistificar os medos.”*

MELEIS e TRANGENSTEIS (1994) referem que o desenvolvimento de terapêuticas de enfermagem podem estar focadas na prevenção de transições não-saudáveis. Desta forma, considero que através do brincar proporcionado a estas crianças facilitou a sua adaptação à experiência que estavam a viver. Esta adaptação por parte das crianças é também revelada através de um estabelecimento de uma relação de confiança que foi alimentada na mobilização do brincar ao longo das interações de cuidados. Por outro lado, as crianças quando se sentem seguras, expressam mais facilmente as suas emoções e facilita a identificação das suas necessidades.

Na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos do HSM, realço uma situação de especial complexidade. Foram prestados cuidados a uma criança de dez anos de idade, no pós-operatório, já seguida no Serviço de Cirurgia Pediátrica e como tal, a criança e a mãe reconheceram-me. A criança estava em vigilância relativamente ao pós-operatório imediato e não requeria suporte tecnológico, após um curto contacto com a criança e a mãe pude perceber de imediato o principal foco de atenção de enfermagem, a ansiedade. Assim, tendo em conta o referido foco, foi elaborado um plano de cuidados em conjunto com a família.

Através da minha disponibilidade, capacidade de escuta e comunicação que estabeleci com a mãe da criança, permitiu-me explorar os factores que estariam a provocar esta ansiedade. Apenas o facto de permanecer na unidade era uma fonte de ansiedade tanto para a criança como para a mãe, pela conotação que apresenta, mas também com todos os factores de stress que as unidades de cuidados intensivos apresentam. Os mecanismos de suporte referidos pela criança era a presença da mãe e ser transferido para a enfermaria. Foi explicado à mãe e à criança a importância de permanecerem na unidade, o que referiram compreender, mas apesar de compreenderem a situação, e saberem que era uma situação transitória referiam que apenas ficariam mais calmos depois estarem na enfermaria.

Relativamente ao planeamento dos cuidados, fiquei como enfermeira responsável da criança, atendendo às suas necessidades fisiológicas, de segurança e emocionais. Foi proporcionado o conforto e realizada a avaliação da dor sempre que necessário, através de escalas de dor e aplicadas medidas farmacológicas e não farmacológicas da dor. Foram realizadas massagens de conforto alternando com posicionamentos frequentes, aplicadas medidas de distração aferidas com a mãe e criança, como programas de televisão preferidos, jogos portáteis e livros. Foram promovidos também momentos de sono e repouso, dentro do possível.

Foi demonstrada sempre uma atitude disponível, apostando na relação e utilizando uma comunicação adequada à idade e desenvolvimento da criança. Num dado momento a mãe da criança confidenciou-me que não gostava de estar na unidade, sabia que era necessário para a criança, mas gostaria de voltar para a enfermaria o mais rápido possível. Esta mãe referiu sentir falta de mais apoio emocional e que alguns enfermeiros da unidade tinham uma expressão fechada, e não demonstravam carinho nos cuidados. Perante esta situação relatada, e como corroborado num estudo realizado por HARBAUGH, TOMLINSON e KIRSCHBAUM (2004), em que verificaram as percepções dos pais relativamente aos comportamentos dos enfermeiros numa unidade de cuidados intensivos. Neste estudo foram identificados dois grupos principais de comportamentos por parte dos enfermeiros: *afecto e carinho* e *vigilância e protecção*. Por outro lado surgiram também comportamentos por parte do enfermeiro considerados como negativos, sendo eles: a separação e exclusão dos pais, omissões na comunicação e cuidados sem afecto nem protecção. Também HESBEEN (2000) refere que o cuidar não deve basear-se apenas na ciência e tecnologia, uma vez que poderia conduzir à desumanização. Assim, quanto mais

técnico se torna o ambiente, mais o ser humano tem necessidade de uma dimensão relacional. Por outro lado, de acordo com o estudo de MOLINA et al (2007) a maioria dos enfermeiros, cada um a seu modo, procura cuidar da melhor forma possível da criança e familiares, porém pode evitar uma aproximação maior ou um envolvimento emocional com a família, com o objectivo de se proteger contra o sofrimento gerado pela doença da criança; alguns profissionais apresentam dificuldades em lidar com a ansiedade, a angústia e o sofrimento dos pais. Por esta razão, muitos deles prestam cuidados e esclarecem dúvidas estritamente necessárias, o que, por consequentemente reduz a comunicação. De facto o ambiente da unidade de cuidados intensivos é uma fonte de grande stress para a criança e para os pais, apesar dos seus benefícios, necessitam de um grande apoio por parte dos enfermeiros.

2.1.3 - Analisar as estratégias de enfermagem de alívio da dor na criança

A dor é um fenómeno multidimensional, complexo, com efeitos nefastos para a saúde e desafiador para as profissionais de saúde dada a sua frequência de aparecimento. Ela está presente na generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde, cujo controlo é um dever dos profissionais de saúde e um direito dos que dela sofrem (BATALHA, 2010).

Segundo a circular normativa nº9/DGCG de 14/6/2003: *“A dor define-se como uma experiência multidimensional desagradável, que envolve não só a componente sensorial como uma componente emocional da pessoa que a sofre. Por outro lado a dor associa-se, ou é descrita como associada, a uma lesão tecidual concreta ou potencial.”*

Também segundo a CIPE 1,0 a dor é definida como *“percepção com as características específicas: aumento de sensação corporal desconfortável, referencias subjectivas de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de auto protecção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, compromisso do processo de pensamento, comportamento de distracção, inquietação e perda de apetite”*

A atenção particular pela dor na pediatria surge em 1977, quando Eland e Anderson constataram grandes diferenças no tratamento da dor entre crianças e adultos em idênticas

circunstâncias. Os notáveis avanços feitos na compreensão da dor e seu controle permitem actualmente um tratamento humano eficaz (BATALHA, 2010).

O desenvolvimento das vias anatómicas necessárias para a transmissão da dor ocorre principalmente na vida fetal e nos primeiros meses de vida. A terminação nervosa cutânea do recém-nascido, a partir de 20 semanas de gestação, por exemplo, é igual ou maior que um adulto. Há evidências de que os neonatos possuem capacidade neurológica para perceber a dor, mesmo os neonatos pré-termo. Os recém-nascidos podem perceber a dor mais intensamente do que as crianças mais velhas e os adultos porque os mecanismos de controlo inibitório são imaturos, limitando sua capacidade para modular a experiência dolorosa. (CRESCÊNCIO, ZANELATO e LEVENTHAL, 2009)

A avaliação da dor no período neonatal baseia-se em modificações de parâmetros fisiológicos ou comportamentais, observados antes ou depois de um estímulo doloroso. Fisiologicamente avaliam-se na prática clínica: frequência cardíaca, respiratória e pressão arterial sistólica. Dentre os parâmetros comportamentais utilizados na avaliação estão as mudanças na expressão facial, estado de sono, choro e vigília, e os movimentos corporais associados aos parâmetros fisiológicos. Os profissionais de saúde reconhecem que os recém-nascidos, principalmente os prematuros, estão expostos a múltiplos eventos estressantes ou dolorosos, incluindo excesso de luz, ruídos fortes e muitas manipulações. O que resulta em desorganização fisiológica e comportamental. Contudo, medidas para o alívio da dor não são frequentemente empregadas. Para que os profissionais de saúde de neonatologia possam intervir terapêuticamente diante de situações possivelmente dolorosas é necessário dispor de instrumentos que “decodifiquem” a linguagem da dor (CRESCÊNCIO, ZANELATO e LEVENTHAL, 2009)

Tendo em consideração as estratégias de alívio da dor no recém-nascido na UCIN do hospital de Santa Maria, pude observar intervenções de enfermagem farmacológicas e não farmacológicas. Para a avaliação da dor, a Unidade utiliza a seguinte escala: Echelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né (EDIN). Esta escala é amplamente utilizada em França, onde foi desenvolvida a partir dos indicadores comportamentais considerados mais pertinentes para avaliar a dor no RN em unidades de neonatologia. É uma escala unidimensional comportamental composta por cinco indicadores: expressão facial, movimentos corporais, qualidade do sono, qualidade de interacção e reconforto. Cada indicador é medido numa escala de zero a três pontos, perfazendo no total uma pontuação mínima de zero e um máximo de quinze pontos. Para um valor igual ou superior a cinco,

recomenda-se uma intervenção terapêutica para alívio da dor. A sua utilização é simples requerendo um contacto mínimo de pelo menos uma hora com o RN. Avalia a dor aguda de duração breve e prolongada em RN com 25 ou mais semanas de gestação.

Desta forma, segundo a referida escala, um score entre 1 e 4 origina intervenções não farmacológicas para o alívio da dor, que acabam por ser também formas de proporcionar o conforto ao recém-nascido, e são inerentes aos cuidados de enfermagem prestados por toda a equipa da unidade, sendo elas: acordar suavemente o bebé antes do procedimento; manipular o bebé suavemente; proporcionar um ambiente calmo; executar procedimentos dolorosos no mínimo tempo possível; utilizar sacarose dois minutos antes dos procedimentos dolorosos; sucção não nutritiva; contenção adequada e posicionamento em equilíbrio; envolver os pais como parceiros para acalmar o bebé; avaliar as manifestações de dor do bebé; após o procedimento colocar o bebé em canguru ou proporcionar o aleitamento materno.

Este foi o primeiro local de estágio em que se observou uma adequada gestão da dor, ou seja, existe uma escala de avaliação da dor implementada, com as medidas farmacológicas e não farmacológicas associadas e descritas. Tratou-se de uma boa oportunidade de aprendizagem e de pesquisa de escalas da dor, não só a nível do recém-nascido como para as outras crianças. Também no serviço de Cirurgia Pediátrica do HGO é parte integrante na prática de cuidados a avaliação da dor por intermédio de escalas da dor.

Na fase pré-operatória, existe uma grande preocupação em minimizar a dor, perante os procedimentos dolorosos, para tal, são utilizadas estratégias antes e durante o procedimento, como por exemplo puncionar um acesso periférico. Os enfermeiros procedem à aplicação de EMLA em vários locais de possível punção, realização da administração de midazolam via rectal quinze minutos antes do procedimento doloroso, sendo esta uma acção interdependente; garantem a presença dos pais ou familiar significativo junto à criança, explicando-lhes todos os procedimentos, é também colocada música ambiente adequada à idade, e todo o ambiente envolvente do serviço e da sala de tratamentos mais especificamente onde decorre o procedimento é muito agradável para a criança e família, pois tem as paredes pintadas com bonecos e cores vivas, acabando também por ser estes desenhos, elementos importantes na distração da criança.

No pós-operatório é também realizada a gestão da dor, onde são utilizadas escalas de dor, adequadas à idade da criança (escala de faces e escala comportamental), que perante o valor obtido é posteriormente administrada ou não medicação analgésica.

Claramente os enfermeiros deste serviço têm uma filosofia de cuidados atraumáticos inerentes à sua prática de cuidados diária. Os cuidados atraumáticos contemplam um cuidado terapêutico prestado por profissionais de saúde englobando um conjunto de intervenções que eliminem ou diminuam o sofrimento físico e psicológico das crianças e da família. Os enfermeiros que prestam cuidados à criança e família devem garantir um cuidar sem traumas e o estabelecimento de uma relação terapêutica. Estes princípios são de especial importância no caminho para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem (HOCKENBERRY, 2006).

A gestão da dor em Pediatria é assim um dos aspectos essenciais da filosofia dos cuidados atraumáticos, sendo que *“a dor na criança hospitalizada não pode ser negada pelas inúmeras fontes de dor existentes (actos terapêuticos e de diagnóstico, doenças e traumatismo). Apesar de se saber muito pouco sobre a sua epidemiologia nas crianças, estima-se que as taxas de prevalência possam em alguns casos ser superiores a 90%”* (BATALHA 2010, p. XIV). A Carta da Criança Hospitalizada é um documento de referência que reconhece a importância da redução da dor na idade pediátrica afirmando que *“as agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo”* (IAC, 1988).

2.2 – Construção do Programa de Atendimento de Enfermagem

De todos os estágios realizados, os que foram mais significativos em termos de contributos foram: o Serviço de Cirurgia Pediátrica do HGO e o Serviço de Cirurgia Pediátrica do HSM, onde foram realizadas a maior parte dos objectivos e actividades relacionados com o projecto elaborado no semestre anterior (APÊNDICE IX). Em relação ao modelo teórico, foi utilizada a teoria do cuidado transaccional de Meleis, que norteou o programa, desde a sua finalidade, aos objectivos e às suas actividades.

Essencial ao desenho do programa era a análise das principais práticas do Serviço de Cirurgia pediátrica e a sua relação com as necessidades da criança/família, quando submetida a intervenção cirúrgica programada. Para isso era indispensável não só recorrer à minha experiência pessoal de cuidados às crianças e família, como ao dos colegas de

equipa, assim através de um formulário (APÊNDICE X) foi possível identificar as principais necessidades das crianças que ocorrem ao Serviço de Cirurgia Pediátrica do HSM. O referido formulário estava organizado em três grupos, onde se questionava no grupo I, as principais necessidades da criança/família; grupo II, os princípios e valores e no grupo III, análise SWOT ao Serviço de Cirurgia Pediátrica.

Da minha experiência pessoal, as crianças e os pais chegam ao serviço com diversos medos, desde o medo da dor, da lesão física, da separação dos pais, da anestesia e da cirurgia em si, medo de não acordar depois da cirurgia e do desconhecido, apresentam também ansiedade e diversas dúvidas perante a hospitalização e principalmente perante a intervenção cirúrgica. Existem, no entanto factores que influenciam estas respostas, tais como, a idade da criança, se é uma situação aguda ou crónica, se houve já uma ou mais experiências de cirurgia com este ou outro filho, duração da hospitalização, gravidade da situação, tipo de cuidados no pós-operatório e o fornecimento de informação. Foi colocada a questão à equipa, em que teriam de enumerar duas necessidades que mais frequentemente a criança e família apresentavam no momento da admissão no serviço. As respostas foram muito semelhantes e surgiu principalmente a necessidade de informação, esta informação sobre várias situações como: o procedimento cirúrgico, a doença da criança, procedimentos em geral, duração do internamento, circuito e procedimentos a realizar, normas do serviço e cuidados no domicílio. Surgiram também como necessidades a segurança, a confiança e o acolhimento ao serviço (APÊNDICE XI). Analisando a minha experiência pessoal aliada à experiência dos colegas posso concluir que é muito semelhante, sendo estas necessidades comprovadas pela evidência científica, em vários estudos recentes consultados (SMITH E CALLERY, 2005; JUSTUS et al, 2006; BROERING E CREPALDI, 2008; WENNSTROM, HALLBERG e BERGH, 2008; TEIXEIRA E FIGUEIREDO, 2009 e FRISCH et al, 2010).

Antes de analisar, na perspectiva dos enfermeiros, as práticas do serviço para dar resposta a esta situação, importa conhecer o circuito da criança até chegar ao dia da cirurgia (APÊNDICE XII). A criança é referenciada pelo médico de família ou pediatra para uma consulta de cirurgia pediátrica, nesta consulta é feita a avaliação da criança e se for para ser submetida a cirurgia, apenas volta ao hospital no próprio dia da cirurgia, não sendo realizada uma consulta de enfermagem, nem realizada uma consulta de anestesia. Perante esta situação, onde a criança e família não tem um processo de preparação para a intervenção cirúrgica, apenas a informação médica, que muitas vezes é insuficiente, é natural que a principal necessidade das crianças e família seja a informação. As crianças e família

chegam ao momento da admissão, com medos e dúvidas, não existindo ainda uma resposta estruturada dirigida a estas preocupações, dependendo de cada enfermeiro, a correcta adequação da informação a cada situação específica da criança e família.

Torna-se fundamental que o enfermeiro, desde o primeiro contacto com a criança/família, partindo da compreensão do significado e do modo como estão a viver o processo de transição provocado pela intervenção cirúrgica vá fazendo uma avaliação progressiva, do que essas pessoas sentem, dos seus principais medos, das suas principais necessidades e do significado que a doença e a cirurgia têm para ela. É necessário, desde logo, equacionar os problemas encontrados, para que possa ser estabelecido um processo de cuidados que tenha em conta, a idade, o estilo de coping, as estruturas e os problemas de suporte existentes a nível familiar, quais as pessoas consideradas significativas para a criança e que podem ajudar e ainda, o estadio de adaptação em que a mesma se encontra.

Ainda no contexto de análise das práticas, foi realizada uma análise SWOT ¹ (APÊNDICE X) ao Serviço de Cirurgia Pediátrica, utilizando os contributos da equipa de enfermagem, com o objectivo de apurar as potencialidades do serviço, mas também as suas fragilidades. Depois da sua análise e validação (apêndice XIII) denotaram-se a competência e o espírito de equipa como potencialidades e a inexistência de consulta pré-operatória como uma das fragilidades apontadas.

Identificadas as necessidades das crianças e suas famílias neste processo de transição e a sua relação com as práticas do serviço, reconhece-se como mandatória a elaboração de um programa de melhoria no atendimento à criança no serviço de cirurgia pediátrica do HSM. Assim o passo seguinte foi a definição dos princípios e valores que deveriam fundamentar um adequado programa de atendimento de enfermagem à criança/família. Esta definição teria de partir da clarificação da filosofia do Serviço de Cirurgia Pediátrica.

¹ **A análise SWOT** é uma ferramenta de diagnóstico estratégico que pode ser aplicada a diferentes entidades. Não se sabe ao certo a origem desta análise mas terá sido criada por Kenneth Andrews e Roland Christensen. Para a sua concepção é necessário olhar para dentro da entidade e igualmente para o seu exterior. No ambiente interno devemos ser capazes de identificar pontos fortes e pontos fracos. No ambiente externo procuramos oportunidades e ameaças. É importante que a identificação destes elementos resulte de um processo de análise criterioso que envolva o máximo de contributos possíveis. A análise SWOT é muito importante no sentido em que permitirá comparar as capacidades e os recursos internos do serviço com as ameaças e as oportunidades inerentes ao meio envolvente.

Para o efeito obtiveram-se contributos importantes do Serviço de Cirurgia Pediátrica do HGO e da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. No primeiro, verificou-se logo desde cedo que a filosofia do serviço assentava em fortes pilares como a prestação de cuidados individualizados e holísticos, envolvendo a família, prestação de cuidados atraumáticos, ambiente humanizado e respeito pelos direitos da criança e acompanhantes. Na UCIN, apesar de ser dirigido ao recém-nascido, verificou-se uma filosofia de cuidados centrada na parceria de cuidados, na partilha de informação e no alívio da dor e o conforto. A filosofia do programa de atendimento teria também de ter uma filosofia semelhante.

Para a adequar ao serviço, foram colocadas várias questões à equipa de enfermagem (apêndice X), em relação aos valores de cada elemento e aos vividos pela equipa, em relação aos princípios das práticas de cuidados da equipa e elementos da filosofia de cuidados. Verificou-se que os valores mencionados por cada elemento da equipa eram comuns aos valores referidos como sendo vividos pela equipa de enfermagem, denotou-se uma coerência de valores como o respeito, a responsabilidade, a honestidade, verdade, competência e compreensão, no seio do grupo, o que é bastante positivo para o trabalho em equipa e conseqüentemente para o programa a implementar (APÊNDICE XIV). Em relação aos princípios, foram mencionados princípios relacionados com a criança, com o enfermeiro e com a própria profissão de enfermagem, como o respeito pela dignidade da criança, o respeito pelos direitos das crianças/família e a preservação da intimidade da criança e adolescente, a responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade, a competência profissional e a do exercício profissional. No que diz respeito à filosofia de cuidados a equipa referiu os cuidados humanizados, a parceria de cuidados com a criança/família e os cuidados atraumáticos (APÊNDICE XV).

Todos estes princípios e valores são sustentados essencialmente pelo art. 78 do código deontológico, pela declaração universal sobre bioética e direitos humanos e pelas ACHA Guidelines (2010) e foram adequadamente validados com a equipa de enfermagem. Foi elaborado um painel de enfermeiros do serviço, que após análise e discussão dos vários elementos, definiu a estrutura final dos princípios e valores (APÊNDICE XVI) a incorporar no programa de atendimento de enfermagem.

Numa perspectiva ética, a relação entre quem cuida e quem é cuidado modula-se por princípios e valores. A dignidade humana é o verdadeiro pilar a partir do qual decorrem os outros princípios e que tem de estar presente em todas as decisões e intervenções. *“os valores são critérios segundo os quais valorizamos ou desvalorizamos as coisas, e*

expressam-se nas razões que justificam ou motivam as nossas acções, tornando-as preferíveis a outras. Por isso se afirma que os valores se reportam a acções e as justificam – são conceitos que traduzem as nossas preferências” (NUNES, AMARAL e GONÇALVES, 2005)

Definidos os valores e princípios, enquanto fundamentos do programa pudemos passar à fase seguinte de elaboração da proposta de Programa de Atendimento de Enfermagem à Criança/família, tendo em vista a sua Preparação para a Cirurgia, sendo que o ponto de partida foi a elaboração da finalidade e a definição dos seus objectivos.

Partindo da definição de MELEIS e TRANGENSTEIN (1994) *“a enfermeira interage (interacção) com um ser humano numa situação de saúde-doença (cliente de enfermagem), ser humano que é parte integrante do seu contexto sócio-cultural (ambiente) e que está a viver uma transição ou a antecipação de uma transição (transição). As interacções enfermeira-cliente organizam-se em torno de uma intenção (processo de enfermagem) e a enfermeira utiliza algumas acções (terapêuticas de enfermagem) para promover, recuperar ou facilitar a saúde (saúde).”* foi elaborada a finalidade do presente programa que a seguir se destaca:

Promover um atendimento de enfermagem à criança/família, marcado por uma interacção intencional que, partindo da compreensão do significado e do modo como estão a viver o processo de transição provocado pela intervenção cirúrgica, permitirá uma intervenção terapêutica de enfermagem apropriada às suas necessidades e ao seu estado de saúde, minimizando desta forma, os efeitos negativos da situação.

Assim, através de um processo de cuidados, serão identificados os eventos stressantes, as reacções e os mecanismos de suporte em presença e serão desenvolvidas as intervenções promotoras de uma transição saudável, que favoreça o desenvolvimento da criança e família, a sua maturidade, equilíbrio e estabilidade.

Assim, partindo dos conteúdos acima referidos e mobilizado toda a teoria de MELEIS, para a temática em estudo, construiu-se a finalidade e os objectivos gerais e específicos do programa. Este encontra-se organizado em cinco fases e são baseados no processo de cuidados tal como apresentado por MELEIS (1991): 1) Referenciação da criança/família do foro urológico; 2) Acolhimento e apreciação inicial da criança/família do foro urológico e das várias especialidades: cirurgia geral, ortopedia e neurocirurgia; 3) Formulação de diagnósticos de Enfermagem; 4) Planeamento e implementação das terapêuticas de enfermagem; 5) Avaliação das terapêuticas de enfermagem.

Considerando o contributo do Serviço de Cirurgia Pediátrica do HGO para o programa, foi de extrema importância o observar das práticas de atendimento e acompanhamento da criança e família, o participar na preparação operatória de enfermagem de grupo e individual, o verificar os instrumentos utilizados na mesma preparação e o observar da gestão da dor quer no pré como no pós-operatório.

Relativamente ao programa a implementar, no Serviço de Cirurgia Pediátrica do HSM, a maioria das crianças não têm uma consulta de enfermagem pré-operatória e seria muito difícil a sua implementação devido a problemas institucionais. Após contacto com a Enfermeira Chefe da Consulta de Pediatria, constatou-se que as crianças da especialidade de urologia têm efectivamente uma consulta de enfermagem no pavilhão das consultas. Desta forma, é contemplado na primeira fase do programa, a Referenciação da criança/família do foro urológico, onde será feita a colheita de dados da criança e a entrega e explicação de um folheto informativo (apêndice XVII) com informações úteis relativas à véspera da cirurgia, dia da cirurgia e pós-operatório imediato da cirurgia, sendo feito desta forma o encaminhamento da criança e família.

O folheto informativo elaborado e validado, contém os aspectos relevantes a ter em conta pelos pais e criança na véspera da cirurgia, demonstra o trajecto que a criança vai fazer, o que vai encontrar, que objectos pode trazer para o hospital, e o que se espera por parte dos pais. Fornece também informações sobre os direitos dos pais ou acompanhantes. Procurou-se que o folheto tivesse um formato agradável e colorido.

Na fase do acolhimento e apreciação inicial da criança/família do foro urológico e das várias especialidades: cirurgia geral, ortopedia e neurocirurgia, a criança vem ao serviço de cirurgia pediátrica no dia da cirurgia marcada. Será recebida pela enfermeira do ambulatório, aqui a enfermeira, centra-se nas necessidades da criança/pais, identifica os eventos stressantes e os mecanismos de suporte reconhecidos pelos mesmos para lhe dar resposta. Procede também à recolha de dados restantes, relativamente à véspera e ao dia da cirurgia. Se a criança não esteve na consulta de enfermagem de pediatria irá ter de realizar a colheita de dados completa. Executa também alguns procedimentos e técnicas de pré-operatório. É entregue e explicado o guia de acolhimento aos pais.

Foi elaborado um guia de acolhimento aos pais específico para o serviço de cirurgia (APÊNDICE XVIII), que não existia no serviço, baseado na minha experiência pessoal e na

consulta de guias de acolhimento de outros serviços, que posteriormente foi validado pelos colegas e também pela Enfermeira Chefe do serviço.

Durante o atendimento da criança/pais e também durante todo o internamento da criança serão formulados Diagnósticos de Enfermagem relativamente aos focos mais frequentes no serviço: angústia de separação, ansiedade, dor, imagem corporal, medo e stress, que se estabelece como a terceira fase do programa.

Na quarta fase do programa, Planeamento e implementação das terapêuticas de enfermagem, e com base na experiência do HGO, onde como já foi referido, é realizada a preparação operatória de grupo, onde as crianças e os pais assistem a uma exposição de informação e fotografias que retratam os aspectos mais relevantes do dia da cirurgia. Têm também vários objectos como sondas, seringas, toucas, sistemas de soros que são apresentados e explicados às crianças e pais, para depois os poderem manipular.

Iniciou-se desta forma, a organização de um Kit "*Vou ser operado*" (APÊNDICE XIX), ou seja, uma caixa, que foi decorada com a ajuda da educadora e das crianças, em que se encontram vários objectos e materiais, com que a criança e os pais se vão deparar durante a cirurgia e hospitalização, por exemplo, vai conter um balão de soro vazio adaptado a um sistema de soros adaptado a um abocath (sem agulha). Estes objectos são para as crianças e os pais se familiarizarem com estes dispositivos e perceberem, por exemplo, que não existe uma agulha dentro da sua mão, como muitas crianças e pais imaginam. Também foram elaborados um conjunto de desenhos para colorir, são desenhos relacionados com a hospitalização e a intervenção cirúrgica (APÊNDICE XX). A necessidade do brincar e o familiarizar-se com o material que irá ser utilizado é muito importante, pois pode potencializar a sua capacidade para se sentir mais segura num ambiente estranho (BROERING e CREPALDI, 2008).

Ainda no contexto do brincar, no período de tempo em que decorreu o estágio no HGO, surgiu a oportunidade de participar num workshop intitulado: *Eu Brinco em Serviço* conduzido pela Operação Nariz Vermelho (anexo I). Foram abordados conteúdos como a definição de brincar, tipos de jogos, o humor negro, entre outros. Foi uma experiência agradável e oportuna no contexto de pediatria e também do trabalho desenvolvido no local de estágio.

O brincar enquanto actividade de desenvolvimento humano é reconhecido pelo seu valor terapêutico e sua integração nos cuidados de saúde assume funções importantes no

apaziguar o medo, ansiedade, solidão, angústia de separação e é uma actividade atenuante dos stressores da hospitalização. Na prática de enfermagem o brincar é considerado um instrumento terapêutico, pois as acções de enfermagem encerram uma intencionalidade terapêutica, de forma a atingir fins terapêuticos, isto significa que a mobilização de instrumentos de forma terapêutica nos cuidados de enfermagem permite aos enfermeiros conseguirem alcançar benefícios para a pessoa que cuidam, desenvolvendo intervenções com intuito não só de promover a sua recuperação, como também de garantir o seu bem-estar atendendo à sua individualidade (PEREIRA, 2010).

Porque a dor é um fenómeno muito importante na hospitalização da criança, mais especificamente em contexto de cirurgia e sendo um dos medos por parte das crianças e pais, mais referidos na literatura e no meu contexto de trabalho, foi englobada no programa de atendimento à criança e família. Tal como é verificado no estudo de SMITH e CALLERY (2005) onde se constatarem as necessidades de informação referidas por um grupo de crianças de idade escolar num momento prévio à admissão ao serviço para serem submetidos a cirurgia. Foi-lhes perguntado o que gostariam de saber acerca da sua estadia no hospital. Da análise das entrevistas, surgiram várias questões que foram separadas por grupos, um dos grupos que reuniu mais questões foi o grupo da dor.

Desta forma, foi elaborado, em conjunto com colegas do Serviço de Pneumologia Pediátrica, também do mesmo piso e com a mesma chefia, um projecto de gestão da dor em pediatria (APÊNDICE XXI), visto que, nos dois serviços não existia ainda uma gestão da dor sistematizada e implementada. Surgiu, no entanto, pouco tempo depois, um outro projecto da dor comum a todas as pediatrias do HSM, com directrizes da Direcção de Enfermagem que foi entretanto já implementado nos serviços.

Concretamente a dor é preconizada ao longo de todas as fases do programa, nomeadamente no folheto informativo que é explicado à criança e/ou aos pais, quando a enfermeira identifica os efeitos stressantes para a criança ou família, quando é colocado EMLA, quando se adequa o brincar terapêutico dirigido ao medo da dor, tal como no pós-operatório dentro da fase do planeamento e implementação das terapêuticas de enfermagem, é dado especial ênfase à avaliação da dor, através do projecto realizado em conjunto com as colegas. A gestão adequada da dor consiste numa norma de boa prática em saúde, sendo o seu registo sistemático equivalente à avaliação de um sinal vital de importância extrema para o bem-estar dos doentes. *“o controlo eficaz da Dor é um dever*

dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efectiva humanização das Unidades de Saúde.” (DGS 2003, p.1).

A ultima fase do programa é a avaliação das terapêuticas de enfermagem, esta que é feita praticamente ao longo de todo o internamento, nomeadamente quando se valida a informação que é fornecida e quando se estimula a verbalização de dúvidas e medos. São também avaliados os resultados relativamente a cada diagnóstico de enfermagem identificado. Será entregue no fim do internamento um questionário de avaliação para os pais preencherem relativamente à satisfação do atendimento e acompanhamento da criança/família, que será devolvido quando regressam ao serviço em hospital dia, com o objectivo de se poder realizar uma avaliação completa do processo de transição vivido, no sentido do equilíbrio e estabilidade da família.

Definida já a proposta de programa, que se apresenta no apêndice XXII, perspectiva-se agora a sua implementação. Prevê-se a organização de um grupo de trabalho, onde irei assumir a função de coordenadora, constituído por três colegas da equipa do serviço, para concluir os dois instrumentos de apoio ao programa: o modelo de registo dos diagnósticos de enfermagem, que pela sua importância devem ter um local de registo próprio, e o questionário de satisfação do atendimento e acompanhamento da criança.

Espera-se poder preparar, com recurso à bibliografia disponível, este suporte documental no prazo de um mês. Nesse momento prevê-se elaborar uma sessão de formação para a apresentação do programa, com os seus respectivos instrumentos, aos restantes colegas. Propõe-se também o estabelecimento de um período experimental de três meses de aplicação do programa, dirigido a todas as crianças na fase pré-escolar e escolar. No que diz respeito à monitorização, irá ser garantido o registo em cada criança baseado em alguns pontos:

- Relação entre o número de crianças preparadas e o número de crianças admitidas;
- Em cada criança qual das fases do programa não foi possível implementar e motivos apontados;
- Diferenças encontradas nos comportamentos das crianças e dos pais.

Depois de finalizado o período de monitorização, prevê-se em conjunto com a equipa, uma avaliação dos seus resultados, das dificuldades havidas e das estratégias para a sua consolidação.

3 – COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

A competência e o aperfeiçoamento profissional são valores universais a observar na relação profissional sendo que o aperfeiçoamento profissional, mais do que uma actualização de conhecimentos é o caminho da construção de competências (NUNES, AMARAL e GONÇALVES, 2005). Desta forma, ao longo deste percurso, foi possível aprofundar conhecimentos, implementar a capacidade de reflexão e o desenvolver de algumas competências na sua totalidade, enquanto que outras, foram abertas portas que me permitirão no futuro, atingir esse fim e conseqüentemente uma prática de cuidados de qualidade. Este capítulo será organizado por domínios de competências comuns do enfermeiro especialista e posteriormente pela especificidade das competências do EESIP.

3.1 - Das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista desenvolvidas

Apresentam-se aqui as competências comuns do Enfermeiro Especialista (D.L., 2011) desenvolvidas, organizadas por domínios. Surgem por ordem das mais desenvolvidas e aprofundadas até às que necessitam de um maior aperfeiçoamento no futuro.

Durante este meu percurso de aprendizagem simultaneamente às experiências de estágio e à construção do projecto fui desenvolvendo claramente o auto-conhecimento e a assertividade, no domínio do *desenvolvimento das aprendizagens profissionais*, reconhecendo os meus recursos e limites pessoais e profissionais em cada situação vivida e paralelamente na relação com o outro. Toda a reflexão realizada ao longo deste percurso, permitiu-me um crescimento tanto ao nível pessoal como a nível profissional. Também transversal a todo o percurso foi o assentar dos processos de tomada de decisão em padrões de conhecimento científico e ético, validos e pertinentes, assumindo-me como facilitadora nos processos de aprendizagem. Durante as experiências de estágio e também na construção do programa, procurou-se sempre pesquisar as boas práticas e guidelines na evidência, permitindo-me reflectir sobre situações e fundamentar alguns procedimentos, técnicas observadas nos vários contextos e para a construção do programa. O conhecimento adquirido foi sendo partilhado e discutido com os colegas quer do Serviço de Cirurgia Pediátrica quer dos restantes serviços. No âmbito da análise SWOT realizada ao serviço foram detectadas fragilidades, nomeadamente a nível de conflitos entre enfermeiros. Foram desta forma diagnosticadas necessidades formativas da equipa, sendo acordado um

grupo para trabalhar estas questões. Deutsch em 1973 foi um dos primeiros investigadores na área dos conflitos, este autor definiu o conflito como uma divergência de ideias, interesses e desejos entre duas ou mais pessoas, os conflitos podem ser intra-pessoais, intra-grupo e inter-grupo (COX, 2003). Considero que é uma questão chave para a qualidade do trabalho em equipa.

No *Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal*, relativamente à construção do programa de atendimento de enfermagem, foi desenvolvida uma prática profissional assente num corpo de conhecimento do domínio ético-deontológico, pelo que o programa é regido por um conjunto de princípios e valores de acordo com a filosofia do serviço e constituem-se como fortes pilares na prática de cuidados. O mesmo programa garante à criança e pais o respeito pelos seus direitos, nomeadamente, o acesso à informação, promovendo desta forma, práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Também no decorrer da prática de cuidados nas experiências de estágio nunca se descuraram os princípios, valores e normas deontológicas, sendo as intervenções de enfermagem executadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do próprio enfermeiro, tal como é referido no artigo 78 do código deontológico. No decorrer de questionários e formulários realizados o direito ao anonimato foi garantido uma vez que os elementos participantes não foram identificados e desta forma a identidade e confidencialidade foi respeitada.

No serviço de cirurgia pediátrica, ao longo da construção do programa de atendimento, foi possível através do envolvimento dos colegas, da validação que foi sendo feita nas várias fases de construção do programa, desenvolver um conjunto de competências, mais especificamente as competências do domínio da gestão da qualidade no desempenhar um *papel dinamizador* no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais, e na gestão dos cuidados em que se realizou a *optimização da resposta da equipa de enfermagem* e adequando os recursos às necessidades de cuidados.

No caso da participação dos colegas na definição dos princípios e valores do programa, foi necessário reformular a metodologia de recolha de dados privilegiando espaços de debate e discussão em torno de ideias de experiências e conseqüentemente enformando a sua participação e contributo. Também no caso da análise SWOT ao serviço se reuniu um painel de enfermeiros para discutir os problemas identificados e as soluções

passíveis de serem realizadas. Houve também um esforço no sentido de mobilizar os colegas para que apresentassem algumas respostas aos problemas identificados.

Ainda no que concerne ao domínio da gestão de cuidados, o programa preconiza uma *otimização do processo de cuidados*, na medida em que é baseado no processo de cuidados de Meleis, em que são valorizadas as necessidades de cada criança/família, no modo como estão a viver o seu processo de transição, são realizados diagnósticos de enfermagem e providenciadas as intervenções terapêuticas mais adequadas, fazendo posteriormente a sua avaliação. Mediante este processo de enfermagem, pretende-se uma melhoria e harmonização na prestação de cuidados de enfermagem no atendimento à criança/família que vai ser submetida a cirurgia programada.

A criação de um programa de atendimento de enfermagem demonstra por si só, competências nomeadamente no domínio da gestão da qualidade, na medida em que foi desenvolvidas *aptidões na análise e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados*, através de todo o planeamento do programa, definindo uma finalidade norteadora e um quadro de sólidos princípios e valores orientadores da prática, a articulação com os colegas e a construção das várias fases do programa. Por fim, ao liderar este processo posteriormente na fase da sua implementação, espero continuar a desenvolver e aprofundar as referidas competências.

3.2 - Às Competências Específicas do EESIP desenvolvidas

Apresentam-se aqui as três competências específicas do EESIP desenvolvidas ao longo do percurso de aprendizagem, por ordem de importância: *Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do Jovem; Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde* (D. L., 2011)

No que diz respeito ao cuidado da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, foram mobilizados conhecimentos, recursos e habilidades para cuidar da criança e família em situações de particular exigência. Sempre que possível foram identificadas as necessidades da criança/família do foro cirúrgico, adequando posteriormente as terapêuticas de enfermagem mais adequadas a cada situação. Um dos referidos recursos foi a criação do programa de preparação para a intervenção cirúrgica, que contribuirá para a melhoria da qualidade dos cuidados no atendimento à criança/família,

dado que a necessidade de cirurgia é sempre uma situação complexa, potenciadora de desorganização familiar, ansiedade e medo por parte da criança e família.

Ao longo dos estágios procurou-se sempre fazer a adequada gestão da dor, utilizando sempre que possível estratégias não farmacológicas do seu alívio apropriadas à situação, das quais se destacam de acordo com BATALHA (2010): técnicas comportamentais, como o relaxamento e o reforço positivo; técnicas cognitivas/comportamentais, como a distração e o brincar terapêutico, técnicas físicas como a massagem, o posicionamento e a aplicação de calor/frio; Suporte emocional, como a presença de alguém significativo, o toque, a amamentação, o envolver, o embalar e o olhar; e técnicas ambientais, tais como a temperatura, a luz, o ruído, e a decoração. Foram sendo retirados contributos para implementar um projecto de gestão de dor no Serviço de Cirurgia Pediátrica do HSM, incorporando-o no programa de atendimento já referido. Os contributos mais importantes foram retirados dos serviços de Cirurgia Pediátrica do HGO e da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, visto que estes dois serviços tinham implementadas práticas consistentes de utilização de escalas de avaliação da dor.

Foram também prestados cuidados de enfermagem de forma a facilitar a adaptação da criança/família à doença crónica ou incapacidade, destaco a UCIN, no caso do RN com malformações, como já foi descrito anteriormente e na Cirurgia Pediátrica do HSM, no caso de crianças com necessidades especiais, esteve sempre presente a preocupação de envolver os pais nos cuidados à criança desde cedo, fazer os ensinamentos e treinos relativamente aos cuidados necessários, encaminhar para instituições de suporte na comunidade como o centro de saúde e associações respectivas, e proporcionar um ambiente de confiança e segurança no seio de uma equipa multidisciplinar.

Quanto à prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, foi promovido o crescimento e o desenvolvimento infantil quer nos cuidados de saúde primários como nos serviços de internamento hospitalar, nas consultas de saúde infantil, logo desde o primeiro contacto com o bebé e a família no diagnóstico precoce até às consultas de vigilância de saúde, quando se avaliou e demonstrou conhecimentos acerca do crescimento e desenvolvimento da criança, e quando se realizou todo o tipo de ensinamentos relativos à criança e família.

Relativamente à vinculação, foi promovida de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente e com necessidades especiais na UCIN. Durante a prestação de cuidados desenvolvi competências na negociação e do envolvimento da família no cuidar ao

RN, na promoção do contacto físico da mãe com o RN, no tomar de decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas do enfermeiro e no demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a família. Esta experiência com o RN com malformação e sua família, permitiu não só, compreender mais profundamente as respostas humanas desta família durante a fase inicial do processo de luto do bebé perfeito e a adaptação ao bebé real, como também, desenvolver competências de elevado grau de adequação às necessidades do RN e famílias nesta situação específica. Nos cuidados de saúde primários também foi promovida a vinculação, principalmente através do incentivo à amamentação, num espaço apropriado: cantinho da amamentação, trata-se de uma sala com toda a privacidade, onde se pode verificar a relação entre mãe/pai/bebé, promover o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao bebé e responder a todas as dúvidas colocadas.

Em todos os estágios, foi dada especial atenção ao desenvolvimento da comunicação com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura. De acordo com ORIÁ, MORAES e VICTOR (2004), a comunicação é dos aspectos mais importantes em todo o processo de cuidados de enfermagem para o estabelecer de uma relação terapêutica entre o profissional e o cliente. É através da comunicação que o enfermeiro compreende as necessidades emocionais e relacionais das crianças e suas famílias, devendo abranger a utilização de técnicas adequadas de comunicação. Uma das formas de comunicação que foi bastante utilizada com as crianças foi o brincar. O brincar é considerado uma necessidade básica e uma experiência humana rica e complexa, assumindo-se como essencial ao desenvolvimento infantil. Tal como entendido por HOCKENBERRY (2006) o brincar com a criança foi utilizado com forma de distração (*brincar livre*), em todos os locais de estágio, e foi utilizado o *brincar dirigido*, no caso da preparação operatória no HGO, em que o brincar com determinados objectos tinha uma intencionalidade terapêutica. Enaltece-se a actividade do brincar como instrumento terapêutico primordial em contexto de hospitalização, na medida em que se revelou um meio para favorecer a adaptação e o bem-estar das crianças.

Esta competência foi também aprofundada nas relações profissionais, com as equipas multidisciplinares dos vários locais, com os colegas do Serviço de Cirurgia Pediátrica, assim como os colegas dos vários locais de estágio. Houve grande preocupação em promover a partilha de experiências e do conhecimento adquirido com os colegas,

fomentar a assertividade e momentos de reflexão. A discussão e debate de algumas ideias entre colegas foram momentos privilegiados.

Relativamente ao assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde, em cada contexto de estágio foi implementado um processo de cuidados relativo à criança e família rumo à sua independência, equilíbrio e estabilidade, privilegiando técnicas de comunicação adequadas a cada situação nas diferentes experiências de estágio e apropriadas à idade, fase de desenvolvimento da criança e cultura. Destaco as experiências vividas, pelas suas características na UCIN e no Centro de saúde. Nos cuidados de saúde primários, relativamente ao seguimento das famílias, iniciava-se logo desde a realização do diagnóstico precoce, a partir deste ponto era avaliada a estrutura e o contexto do sistema familiar de forma a traçar um plano de saúde adequado a cada situação. Ao longo do acompanhamento da família nas consultas de vigilância de saúde, foram sendo realizados ensinamentos aos pais na promoção da saúde e na prevenção da doença da criança. Durante esta experiência de estágio, apesar de ser muito curta, desenvolvi essencialmente competências de negociação e participação da criança e família no seu processo de maximização da saúde e de comunicação adequada a cada cultura. Na UCIN, foi também implementado um processo de saúde, promotor da parentalidade e da optimização da saúde. Neste contexto tive em especial atenção a relação de parceria com os pais, investindo na comunicação e na negociação com os pais no processo de cuidados.

4 - CONCLUSÃO

O percurso de aprendizagem ao longo dos vários estágios constituiu um desafio tão exigente quanto compensador, levando ao desenvolvimento e ao aprofundamento de algumas competências, enquanto que outras, apenas se iniciou o caminho para o seu aperfeiçoamento, ao reflectir sobre a prática profissional e a modificar comportamentos, conseguindo novas formas de relacionamento com os profissionais, a criança e a família, visando a excelência e a optimização dos cuidados.

Ao longo do estágio a intervenção foi focalizada numa perspectiva holística, valorizando o papel dos pais nas decisões, nas responsabilidades e no acto de cuidar dos seus filhos, procurando satisfazer as suas necessidades e o seu projecto de vida. Em todos os estágios, a tomada de decisão e as intervenções assentaram num corpo de conhecimento (científico, ético-deontológico e sociopolítico), na experiência profissional, na opinião de peritos e nos valores e preferências dos utentes, sempre visando o respeito pelos direitos humanos e a procura sistemática das melhores práticas. Procurou-se ainda conferir à competência técnica a sensibilidade, a empatia e o sentido ético necessários à promoção do cuidado humanizado.

Na prestação de cuidados nos vários contextos, procurou-se desenvolver as várias etapas do processo de Enfermagem, ou seja, observar a criança/família colhendo os dados necessários, formular um plano de cuidados, tendo em conta a forma como a família está a viver a transição (estabelecendo prioridades para o mesmo, identificando os resultados esperados e o intervalo de tempo para serem atingidos e/ou revistos), implementar os cuidados planeados, analisar os resultados das intervenções e reformular o plano cuidados sempre que necessário, favorecendo a estabilidade e o equilíbrio da família.

A hospitalização e intervenção cirúrgica na criança constituem-se um momento traumático, potenciador de ansiedade e medos por parte da própria criança e da sua família. Com a elaboração do programa de atendimento à criança/família com cirurgia programada, sendo uma competência do enfermeiro especialista no domínio da gestão da qualidade, pretendeu-se desenvolver um processo de cuidados relativo ao atendimento de enfermagem à criança/família, que estão a viver um processo de transição provocado pela intervenção cirúrgica. Desta forma através de uma intervenção terapêutica de enfermagem serão desenvolvidas as estratégias promotoras de uma transição saudável. O grande desafio para os enfermeiros consiste em apoiar aqueles que se encontram em transição,

compreender os seus processos e desenvolver intervenções apropriadas às suas necessidades e ao seu estado de saúde (SCHUMACHER e MELEIS, 1994).

Com a implementação deste programa irá conseguir-se preparar uma grande parte de crianças e famílias no momento da admissão ao serviço, sendo já uma mais-valia para o serviço, visto até ao momento não existir qualquer tipo de preparação operatória, nem de programas formalizados e sistematizados. Foi já percorrido um longo caminho de aprendizagem e formação quer pessoal como profissional, como também por parte dos colegas de serviço, e fica em aberto a possibilidade de novos desafios e projectos, como por exemplo, um programa de preparação operatória.

Considero que as metas traçadas para este trabalho foram alcançadas. Como constrangimento, o mais notório foi a dificuldade em conjugar, simultaneamente, a prática profissional com todas as exigências que este projecto académico desta natureza implica.

Acredito que a qualidade dos cuidados de Enfermagem é inevitavelmente influenciada pelo desempenho individual de cada um e, conseqüentemente, pela afirmação das nossas competências profissionais. Será através da afirmação do valor social da nossa profissão e do cumprimento das nossas competências enquanto futuros enfermeiros especialistas, que contribuiremos, responsabilmente, para a melhoria global do sistema de saúde, bem como, para a obtenção de ganhos em saúde para a população.

5 - BIBLIOGRAFIA

AMERICAN COLLEGE HEALTH ASSOCIATION (2010) – General Statement of Ethical Principles and Guidelines. **Journal of American College Health**. vol 59, nº1 (July/August 2010). p. 61-64.

ALMEIDA et al (2006) - O ser mãe de criança com doença crônica: realizando cuidados complexos. **Esc Anna Nery R Enferm**. nº 10 (Abril 2006). p 36-46.

AITKEN, Penelope; WILTSHIRE, Maureen (2005) – Parental satisfaction with a nurse-led emergency assessment unit. **Paediatric Nursing**. vol 17 nº 9 (November 2005). p.31-35.

AZAR, Mathilde; BADR, Lina Kurdahi (2006) - The adaptation of mothers of children with intellectual disability in Lebanon. **Journal of Transcultural Nursing**, 17:4 (2006). p. 375-380.

BATALHA, Luís (2010) – **A dor em Pediatria**, Lisboa: Lidel Editora. ISBN: 9789727575930.

BAYLE, Filomena (2005) - A Parentalidade. In LEAL, Isabel (Coord.) **Psicologia da gravidez e da Parentalidade**. Lisboa: Fim de Século. ISBN 972-754-235-2.

BENNER, Patrícia (2005) - **De Iniciado a Perito**. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN: 972-853597-X.

BROERING, Camilla; CREPALDI, Maria Aparecida (2008) – Preparação psicológica para a cirurgia em pediatria: Importância, técnicas e limitações. **Paidéia**. Florianópolis. vol 18, nº39 (2008). p.61-72.

BRUM, Evanisa, SCHERMANN, Lúgia (2004) – Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. **Ciência e Saúde Colectiva**. vol 9, nº 2 (2004). p. 457-467.

CANAVARRO, Maria Cristina; PEDROSA, Anabela Araújo (2005) - Transição para a parentalidade – Compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas. In LEAL, Isabel (Coord.), **Psicologia da Gravidez e da Parentalidade**. Lisboa: Fim de Século. ISBN 972-754-235-2.

CASEY, Anne (1995) – Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. **Journal of Advanced Nursing**. vol 22, nº 6 (Dez 1995). p.1058-1062.

CARMONA, Luciana; LALUNA, Maria Cristina (2002) – “Primary Nursing”: Pressupostos e implicações na prática. **Revista Electrónica de Enfermagem** [em linha]. vol 4, nº1 (2002). p.12-17. Acedido em 13/12/2010. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/747/812>

CASTRO, A.; SILVA, C.; RIBEIRO, C. (2004) – Tentando readquirir o controle: A vivência do pré-escolar no pós-operatório de postectomia. **Revista latino-americana de enfermagem**. nº12 (2004) p.797-805.

CIPE 1,0 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

COX, Kathleen (2003) – The effects of Intrapersonal, Intragroup, and Intergroup conflict on team performance effectiveness and work satisfaction. **Nursing Administration Quarterly**. vol 27, nº2 (April-June 2003). p. 153-163.

CHICK, N.; MELEIS, A.I. (1986) - Transitions: a nursing concern. In CHINN, Peggy L. **Nursing research methodology**. Rockeville: Aspen Publication. p. 237-257.

CRESCENCIO, Erica; ZANELATO, Susana; LEVENTHAL, Lucila (2009) - Avaliação e alívio da dor no recém-nascido. **Rev. Eletr. Enf.** [em linha]. ISSN: 1518-1944. nº11 (2009) p. 64-69. Acedido em 10/07/2010. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a08.htm>

DECRETO-LEI nº 161/96. **Diário da República I Série - A**. 205 (96-09-04) 2961-2962.

DECRETO-LEI nº 104/98. **Diário da República I Série - A**. 93 (98-04-21) 1753-1755.

DECRETO-LEI nº 122/2011. **Diário da República II Série**. 35 (2011-02-18) 8648-8653.

DECRETO-LEI nº 123/2011. **Diário da República II Série**. 35 (2011-02-18) 8653-8655.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2003) - Circular Normativa nº 9/DGCG, **A Dor como 5º Sinal vital – Registo sistemático da Intensidade da Dor**.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Programa Nacional de Vacinação 2006**. Lisboa, 2005. ISBN 972-675-136-5

FELDMAN, Robert (2006) - Social and Personality Development in Early Adulthood. **Development across the life span**. New Jersey: Pearson Prentice Hall, 2006, p. 492-525. ISBN: 978-013-192-538-0

FERREIRA, Manuela; COSTA, Maria da Graça (2004) – Cuidar em Parceria: Subsídio para a vinculação pais/bebé pré-termo. **Revista do ISPV**, nº 30 (Outubro 2004). p. 51-58.

FIGUEIREDO, Bárbara (2000) - **Psicopatologia do desenvolvimento na maternidade**. In SOARES, I. (Coord.), **Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajectórias** (in) adaptadas ao longo da vida. Coimbra: Quarteto Editora.

FORCADA-GUEX, M *et al* (2006) – Early Dyadic Patterns of Mother-Infant Interactions and Outcomes of Prematurity at 18 Months. **Pediatrics – Official Journal of the American Academy of Pediatrics**. 118:1(2006). p.107-113.

FORTIN, Marie-Fabienne (1999) – **O processo de investigação: da concepção à realização**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-10-X.

FURLAN, Maria; FERRIANI, Maria; GOMES, Romeu (2003) - O cuidar de crianças portadoras de bexiga neurogênica: representações sociais das necessidades dessas crianças e suas mães. **Rev Latino-am Enfermagem**. nº 11 (Novembro-Dezembro 2003), p. 763-770.

FRISCH, Ashley et al (2010) – Nurse Practitioner Role in Preparing Families for Pediatric Outpatient Surgery. **Pediatric Nursing**. vol. 36, nº 1 (January-February 2010). p. 41-47.

GOMES, Cristina; TRINDADE, Graça; FIDALGO, José (2009) – Vivências de pais de crianças internadas na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Pediátrico de Coimbra. **Referência**. Coimbra. ISSN: 0874-0283. II série, nº 11 (Dezembro 2009). p. 105-116.

HAINES, Caroline; CHILDS, Helen (2005) – Parental satisfaction with paediatric intensive care. **Paediatric Nursing**. vol 17, nº 7 (September 2005). p. 37-41.

HARBAUGH, Bonnie; TOMLINSON, Patricia; KIRSCHBAUM, Mark (2004) – Parent's perceptions of nurses caregiving behaviors in the Pediatric Intensive Care Unit. **Pediatric Nursing**. ISSN: 0146-0862. nº27 (2004). p. 163-178.

HARRISON, M. (2004). Transitions, continuity, and nursing practice. **Canadian Journal of Nursing Research**, vol 36, nº2 (2004). p. 3-6.

HESBEEN, Walter (2000) – **Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva de Cuidar**. Loures: Lusociências. ISBN: 972-8383-11-8.

HOCKENBERRY, Marilyn (2006) - **Wong Fundamentos de Enfermagem**. 7ª ed, Rio de Janeiro: Elsevier Editora, ISBN 10:85-352-1918-8;

IAC (2006) – **Acolhimento e estadia da criança e jovem no hospital**. Lisboa: IAC. ISBN: 972-8003-23-4.

JORGE, Ana Maria (2004) – **Família e Hospitalização da Criança**. Loures: Lusociência, ISBN 972-8383-79-7.

JUSTUS, et al (2006) – Preparing Children and Families for Surgery: Mount Sinai's Multidisciplinary perspective. **Pediatric Nursing**. vol.32, nº1 (January-February, 2006).

MARÇAL, Teresa (2006) – A Criança e o Espaço nos Serviços de Saúde. In: **IAC - Acolhimento e estadia da criança e jovem no hospital**. Lisboa: IAC. ISBN: 972-8003-23-4.

MELEIS, Afaf (1991) - **Theoretical Nursing: Development and Progress**. New York: J. B. Lippincott Company. ISBN: 0-397-54823-0.

MELEIS, Afaf; TRANGENSTEIN, P. (1994) - Facilitating Transitions: an Emerging Middle-Range Theory. **Advanced Nursing Science**, vol 23 nº1 (1994). p. 12-28.

MELEIS, Afaf; SCUMACHER, K. (1994) - Transitions: A central concept in nursing. **Journal of Nursing Scholarship**, nº 26 (1994). p. 119-126.

MELEIS, Afaf *et al* (2000)- Experiencing Transitions: An Emerging Middle-range Theory. **Advanced Nursing Science**, vol 23 nº1 (2000) p. 12-28.

MELEIS, Afaf Ibrahim (2010) – **Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice**. New York: Springer Publishing Company. ISBN: 9780826105356.

MOLINA, Rosemeire et al (2007) – Presença da família nas unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal: visão da equipa multidisciplinar. **Esc Anna Nery R Enferm**. vol 11 nº3 (Setembro 2007). p.437-444.

NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério (2005) – **Código deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à análise de Casos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 972-99646-0-2.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001) – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Enquadramento conceptual Enunciados descritivos**. Lisboa. Dezembro de 2001.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007) - **Desenvolvimento Profissional. Individualização das Especialidades em Enfermagem**, Lisboa. Março de 2007.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) – **Caderno Temático, Modelo de Desenvolvimento Profissional – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem**, Lisboa. Dezembro de 2009.

ORIÁ, Monica; MORAES, Leila; VICTOR, Janaína (2004) – A Comunicação como instrumento do Enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. **Revista Electrónica de Enfermagem** [em linha]. vol 06, nº 02 (2004). p. 292-297. Acedido em 05/04/2010. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/pdf/R4_comunica.pdf

PEREIRA et al (2010) - Gestão do estado emocional da criança (dos 6 aos 8 anos) através da actividade de brincar: analisando o cuidado de enfermagem em contexto de internamento de pediatria. **Pensar Enfermagem**. Lisboa. ISSN: 0873-8904. vol.13, nº 1 (1º Semestre de 2010). p.28-38.

PIMENTEL, Maria Helena (2001) – Preparação pré-operatória da criança e da família. **Servir**. Lisboa. ISSN 0871-2370. vol 49, nº 3 (Julho/Agosto 2001). p. 172-177.

POLIT, Denise; BECK, Cheryl; HUNGLER, Bernadette (2004) – **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação e Utilização**. Porto Alegre: Artmed. ISBN 85-7307-984-3.

PHANEUF, Margot (2005) – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-84-3.

REIS, Gina (2007) – **Expectativas dos pais durante a hospitalização da criança**. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Tese de Mestrado.

SCHMITZ, Silvana; PICCOLI, Marister; VIEIRA, Claudia (2003) – A utilização do brinquedo terapêutico na visita pré-operatória de enfermagem à criança. **Revista Electrónica de Enfermagem** [em linha]. vol. 5 nº 2 (2003). p. 14-23. Acedido em 08/02/2011. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista5_2/pdf/brinquedo.pdf.

SMITH, Lucy, CALLERY, Peter (2005) – Children's accounts of their preoperative information needs. **Journal of Clinical Nursing**. vol 14 (2005). p.230-238.

SOARES, Hélia (2008) – **O acompanhamento da família no seu processo de adaptação e exercício da parentalidade: Intervenção de Enfermagem**. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Tese de Mestrado.

TEIXEIRA, Esmeralda; FIGUEIREDO, Maria do Céu (2009) – A experiência da criança no perioperatório de cirurgia programada. **Referência**. Coimbra. ISSN: 0874-0283. II série, nº9 (Março 2009), p. 7-14.

WENNSTROM, Berith; HALLBERG, Lillemor; BERGH, Ingrid (2008) – Use of perioperative dialogues with children undergoing day surgery. **Journal of advanced Nursing**. vol 62 nº1 (2008) p. 96-106.

WHALEY, L. F. ; WONG, D. L. (1999) – **Enfermagem Pediátrica: Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan. ISBN 85-277-0506-0.