



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

**O enfermeiro como promotor do “empowerment”
parental nos cuidados à criança com ostomia
intestinal**

Lucília Maria Vieira Diogo Campos

**Lisboa
2022**



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

**O enfermeiro como promotor do “empowerment”
parental nos cuidados à criança com ostomia
intestinal**



Orientador: Professora Doutora Sónia Rodrigues



**Lisboa
2022**

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água
no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.”

Madre Teresa de Calcutá

AGRADECIMENTOS

Ao Bruno, por todo o apoio incondicional, não foi um ano fácil, mas juntos e com foco conseguimos. Agradeço-te por seres a voz da minha consciência, que tanto me ajudou e orientou ao longo deste percurso. Foste sempre tu que estiveste nos bons e maus momentos. Obrigada, meu amor.

À minha família, por todo o apoio, entusiasmo e tolerância para com as minhas ausências.

À Séfora por me acompanhar nesta viagem, por ser a minha confidente nas horas difíceis, mas também por me ajudar a relativizar estes momentos e torná-los engraçados e positivos. Não foi um percurso fácil, mas partilhá-lo contigo foi a minha grande ajuda e âncora para o terminar.

À Professora Sónia, por todo o seu apoio, motivação e disponibilidade demonstrada.

À equipa de enfermagem com quem trabalho diariamente, por toda a compreensão e suporte durante este percurso.

A todos os enfermeiros que fizeram parte deste percurso pela partilha do seu conhecimento e disponibilidade.

ABREVIATURAS E SIGLAS

APED - Associação Portuguesa para o Estudo da Dor

CCF - Cuidados Centrados na Família

DGS - Direção-Geral da Saúde

EE - Enfermeiro Especialista

EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

OE - Ordem dos Enfermeiros

PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV - Programa Nacional de Vacinação

RN - Recém-Nascido

SRPD - Serviço de Reabilitação Pediátrica e Desenvolvimento

UC - Unidade Curricular

UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

USF - Unidade de Saúde Familiar

RESUMO

Os avanços da ciência na área da saúde, conduziram a um crescimento de crianças portadoras de doença crónica, com necessidades de cuidados de saúde diferenciados, como é o caso da presença de ostomia intestinal. Nestes casos, a família assume a responsabilidade pela manutenção dos cuidados necessários, muitos deles especializados. A preparação da alta deve ser um processo precoce, envolvendo a criança e família no planeamento e execução dos cuidados, promovendo a continuidade dos mesmos no domicílio. Torna-se, um desafio para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) em corresponder com cuidados efetivos, através de intervenções direcionadas para a participação e capacitação, possibilitando momentos de educação para a saúde com a família, estimulando o *empowerment* parental, conceito tão importante na adaptação à ostomia intestinal.

A necessidade da existência de intervenções de enfermagem adequadas e individualizadas à criança com ostomia intestinal, com foco na promoção do *empowerment* parental, surge como a problemática de enfermagem desenvolvida neste relatório. Este relatório retrata um percurso formativo operacionalizado em diferentes contextos de cuidados, abrangendo diferentes áreas de intervenção à criança e família, incorporando o paradigma em prática na enfermagem, que é o da transformação. A filosofia dos cuidados centrados na família, isto é, cuidado holístico e humanizado, são conceitos do cuidar em enfermagem pediátrica integrados neste relatório. Os referenciais teóricos que sustentam este percurso formativo são a Teoria do Cuidar de Jean Watson e o Modelo de *empowerment* para a enfermagem de Gibson. Para cada contexto de estágio foram desenvolvidas atividades que contribuíssem para o saber avançado da disciplina de Enfermagem, sustentada numa prática reflexiva.

Palavras-chave: Enfermagem pediátrica; Ostomia; Educação para a saúde; Família; *Empowerment*.

ABSTRACT

Advances in health science have led to an increase in the number of children with chronic illnesses, with different health care needs, such as the presence of an intestinal ostomy. In these cases, the family takes on the responsibility for maintaining the necessary care, many of which are specialized. Preparing for discharge should be an early process, involving the child and family in the planning and execution of care, promoting their continuity at home. It becomes a challenge for the Specialist Nurse in Child and Pediatric Health Nursing (SNCPHN) to provide effective care, through interventions aimed at participation and training, enabling moments of health education with the family, stimulating empowerment parenting, which is an important concept in adapting to intestinal ostomy.

The topic developed in this report is the need for adequate and individualized nursing interventions for children with an intestinal ostomy, with a focus on promoting parental empowerment. This report portrays a training path operationalized in different contexts of care, covering different areas of intervention for children and families, incorporating in practice the paradigm of transformation in nursing. The philosophy of family-centered care, i.e. holistic and humanized care, are concepts of care in pediatric nursing integrated in this report. The theoretical references that support this training course are Jean Watson's Theory of Caring and Gibson's Model of Empowerment for Nursing. For each internship context, activities were developed that contributed to the advanced knowledge of the Nursing discipline, supported by a reflective practice.

Keywords: Pediatric Nursing; Ostomy; Health Education; Family; Empowerment.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. PROBLEMÁTICA	12
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	14
2.1. Criança com ostomia intestinal e sua família	14
2.2. Cuidar em Pediatria: principais concepções da atualidade	18
3. METODOLOGIA	25
4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO PERCURSO FORMATIVO: DOS OBJETIVOS PROPOSTOS AO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	27
4.1. Desenvolver competências de EEESIP na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança, jovem e família e nos seus processos de saúde-doença, nos diferentes contextos pediátricos	28
4.2. Desenvolver competências específicas na prestação de cuidados de enfermagem especializados, no âmbito do <i>empowerment</i> parental nos cuidados à criança com ostomia intestinal	41
5. CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51

APÊNDICES

Apêndice I – Mapa Conceptual

Apêndice II – Cronograma de Estágio

Apêndice III – Guia Orientador das Atividades de Estágio

Apêndice IV – Norma de Cuidados ao RN com Ostomia de eliminação intestinal

Apêndice V - Orientações para o alívio da dor na Vacinação da criança

Apêndice VI – Sessão de formação, com a temática “O Enfermeiro como
promotor do *empowerment* parental nos cuidados à criança com
ostomia intestinal “

Apêndice VII – Cartaz “Criança com ostomia intestinal – lesões cutâneas peri-
estoma”

Apêndice VIII – *Kit* ostomia de eliminação intestinal

Apêndice IX – Cartaz “Dispositivos e Acessórios para Ostomia”

Apêndice X – Dispositivos e Acessórios para Ostomia

ANEXOS

Anexo I – Certificado de presença no *Workshop* “Oxigenoterapia por alto fluxo”

Anexo II – Declaração de presença no curso “Princípios em estomaterapia –
pessoa com ostomia e eliminação intestinal”

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular (UC) de Estágio com Relatório, inserida no 12.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, foi proposta a realização deste relatório. O relatório tem como finalidade espelhar o meu percurso de formação, desenvolvido em cinco contextos de cuidados de saúde infantil e pediátrica, que conduziu ao desenvolvimento de competências, compatíveis com o grau de Mestre em Enfermagem, com o perfil de Enfermeiro Especialista (EE) e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE).

A complexidade e diferenciação dos cuidados de saúde, verificada ao longo dos últimos anos, exige aos profissionais de saúde, nomeadamente aos Enfermeiros, uma maior exigência técnica, científica e humana na prestação de cuidados (Regulamento nº 140/2019, 2019).

As competências comuns podem ser definidas como sendo as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, que englobam áreas a nível da educação dos clientes e pares, de orientação, liderança, responsabilidade de concretizar investigação pertinente nos cuidados melhorando assim a prática de enfermagem e estão sustentadas em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados e por fim o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº 140/2019, 2019).

As competências específicas são as “que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade” (Regulamento nº 140/2019, 2019, p.4745). A prática profissional do EEESIP é baseada na prestação de cuidados à criança e ao jovem que, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2018), é fundamentada numa filosofia de cuidados centrados na criança e família, sendo estes os co-produtores dos seus cuidados, em qualquer contexto que estejam, desde o meio hospitalar, a cuidados de saúde primários, comunidade, escolas, entre outros (Regulamento nº 422/2018, 2018).

A identificação e o reconhecimento de uma problemática de enfermagem foram o começo para a elaboração deste relatório.

A problemática da ostomia intestinal na criança e família é de grande interesse pessoal e profissional pelo que, através desta experiência formativa foi possível a melhoria e expansão do meu conhecimento teórico-prático acerca desta temática.

É um desafio, para o enfermeiro, elaborar um plano de cuidados direcionado às necessidades de saúde da criança com ostomia intestinal e família. Um plano de cuidados com intervenções focadas na participação e capacitação, proporcionando um ambiente fomentador de apoio e partilha, para que a criança e família possam participar nos cuidados de uma forma ativa, surgindo assim a importância do conceito do *empowerment*.

O *empowerment* pode ser definido como um processo pelo qual a pessoa é capaz de assumir o poder sobre as suas necessidades, questões e decisões relativas à sua saúde (Rodrigues, Parisod & Salanterä, 2021).

No contexto profissional identifiquei, como uma preocupação de cuidados a necessidade de se desenvolver propostas de intervenção, promotoras do *empowerment* parental para os cuidados à criança com ostomia intestinal, com foco na educação para a saúde, fomentando assim práticas de qualidade. Como enfatizam Uzsen, Yaz e Gumus (2021), o enfermeiro deve planejar intervenções adequadas às necessidades da criança e família estimulando assim uma transição segura para o domicílio e uma adaptação à nova realidade, presença de ostomia intestinal.

Este relatório tem como objetivos gerais: 1) Desenvolver competências de EEESIP na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança, jovem e família e nos seus processos de saúde-doença, nos diferentes contextos pediátricos, e, 2) Desenvolver competências específicas na prestação de cuidados de enfermagem especializados, no âmbito do *empowerment* parental nos cuidados à criança com ostomia intestinal.

A pesquisa bibliográfica, bem como leitura de documentos normativos e orientadores da profissão de Enfermagem foi crucial para a elaboração deste relatório, que está organizado em cinco capítulos. No primeiro capítulo está descrita a problemática. O segundo capítulo corresponde ao enquadramento conceptual, que incluiu a definição dos conceitos centrais da problemática da

ostomia na criança, bem como os referenciais teóricos de enfermagem e filosofias de cuidados que sustentam o percurso formativo. No terceiro capítulo é descrita a metodologia que norteou a elaboração deste relatório. No quarto capítulo é realizada uma análise reflexiva do percurso formativo e desenvolvimento de competências. Por fim, o quinto capítulo refere-se às considerações finais e projetos futuros.

1. PROBLEMÁTICA

A identificação de uma problemática, oriunda do contexto profissional, foi o ponto de partida para a elaboração deste relatório.

A experiência profissional é reconhecida como fonte de conhecimento necessária à perícia, em que a teoria deve sempre depender da prática, de forma a desenvolverem conhecimentos, identificar barreiras, solucionar problemas, reconhecer áreas de excelência rumo à qualidade e ao progresso (Benner, 2001).

A minha experiência profissional, de 14 anos, foi sempre desenvolvida em contexto pediátrico, nomeadamente num serviço de internamento de cirurgia pediátrica. O caminho até ao tema foi iniciado por um levantamento de necessidades através da identificação de uma preocupação no contexto profissional, constatando-se uma grande prevalência de crianças, com ostomia de eliminação intestinal, em que a intervenção do enfermeiro é pouco estruturada e organizada, dificultando assim a partilha de conhecimentos e habilidades com a família, uma vez que estas crianças necessitam de cuidados especializados que transitam para o domicílio. Esta intervenção do enfermeiro com o foco na educação para a saúde é frequentemente realizada muito próxima do momento da alta, gerando alguma ansiedade na família. Mediante este problema, constatámos em equipa a necessidade de se desenvolver propostas de intervenção, promotoras do *empowerment* parental para os cuidados à criança com ostomia intestinal, fomentando assim eficazmente a educação para a saúde.

A presença de uma ostomia na idade pediátrica constitui um processo de mudança e adaptação na vida da criança e da sua família (Melo, Vilas-Boas, Martins, Vasconcellos & Kamada, 2020). A criança e família necessitam de tempo para se adaptarem à presença desta nova realidade (ostomia), às alterações decorrentes da mesma, bem como aos cuidados que irão transitar para o domicílio (OE, 2011).

O enfermeiro possui um papel preponderante na adaptação da criança e família à ostomia (Stetzer, 2021). Para tal, deve desenvolver competências a nível da educação para a saúde de forma a promover a capacitação da criança e família, assegurando assim uma melhoria significativa dos cuidados

domiciliários, o que resulta em crianças e família confiantes (Norma n.º 015/2016, 2017; Monteiro, Carvalho, Medeiros, Silva & Guilhem, 2018).

O avanço da tecnologia e da evidência científica na área da saúde conduziram a um crescimento na prevalência de crianças com doença crónica (McElfresh & Merck, 2014).

As necessidades de saúde destas crianças exigem um elevado grau de competências implicando, por vezes, conhecimentos diferenciados, como por exemplo no âmbito de tecnologia e de cuidados específicos para a prestação de cuidados e desenvolvimento da autonomia da família na transição para o domicílio (McElfresh & Merck, 2014). Torna-se assim um desafio para o enfermeiro em corresponder com cuidados inovadores e proativos, através de uma intervenção direcionada para a participação e capacitação, surgindo assim a importância do conceito do *empowerment* (Pereira, Fernandes, Tavares & Fernandes, 2011).

Na criança com ostomia, a preparação da alta deve ser um processo precoce, envolvendo a criança e família no planeamento e execução dos cuidados, de forma a promover a continuidade dos cuidados e uma dinâmica familiar facilitadora da adaptação a esta nova realidade (OE, 2011).

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

No decorrer deste capítulo irei contextualizar a temática em estudo, fundamentada na evidência científica, através da definição dos conceitos centrais, bem como defender a escolha dos referenciais de cuidados de enfermagem, sendo que estão esquematizados no mapa conceptual (Apêndice I).

2.1. Criança com ostomia intestinal e sua família

Para a criança, a doença e a hospitalização podem ser uma das primeiras crises vivenciadas e que tenha de enfrentar, na medida em que, frequentemente, são um fator gerador de stress, como o confronto com a dor, a limitação física, a separação e o estarem num meio com pessoas desconhecidas (Barroso, Santos, Santos, Nunes & Lucas, 2020; Engenheiro, Geadas, Lobo, Azougado, Figueiredo & Simpson, 2016). No decurso da doença e hospitalização podem aparecer na criança sentimentos de culpa, punição, medo do desconhecido e até da morte (Barroso et al., 2020; Engenheiro et al., 2016).

A doença e a hospitalização são eventos que podem afetar a parentalidade, ou seja, sendo situações inesperadas os pais ficam, por vezes, confusos em relação ao seu papel parental perante esta nova realidade (OE, 2015). Compete ao enfermeiro promover e fomentar a adaptação dos pais e da criança, através do desenvolvimento de uma parceria de cuidados, reconhecendo a importância da família na vida da criança, bem como toda a sua experiência nos cuidados ao filho (Hockenberry & Barrera, 2014; OE, 2015).

A parceria de cuidados pressupõe que a prestação de cuidados à criança conduza, também, ao cuidar dos pais/família, no sentido de os envolver na tomada de decisão dos cuidados fortalecendo assim o seu papel parental (OE, 2015).

Ao longo de todo este processo de adaptação da criança e família à doença crónica, o enfermeiro especialista tem um papel preponderante em promover e fomentar a autonomia da família, nomeadamente na aquisição de habilidades e competências, isto é, tornar a família especialista nos cuidados à criança (Hockenberry & Barrera, 2014; OE, 2015). Para tal, é necessário estabelecer

uma relação terapêutica com a criança e família, com o intuito de criar uma parceria de cuidados eficaz e baseada em confiança, construída através da comunicação e a negociação entre a família e o enfermeiro (Hockenberry, 2014).

A capacitação da família é extremamente importante, na medida em que o enfermeiro deve desenvolver momentos para que esta expresse e demonstre as suas capacidades, de forma a adquirir novas competências de acordo com as necessidades da criança, fomentando assim os cuidados centrados na família (Hockenberry & Barrera, 2014).

A doença e hospitalização, para a criança e família, são uma experiência geradora de grande desconforto emocional, como o stress, ansiedade e sofrimento, logo cabe ao enfermeiro estar sensibilizado para a importância desta dimensão emocional, na medida em que ao ajudar a criança e família a lidarem com os stressores da hospitalização, está a contribuir para que a experiência da hospitalização seja vivida de uma forma mais saudável, repercutindo-se positivamente nas experiências futuras relacionadas com os cuidados de saúde (Diogo, 2019; Sanders, 2014).

Barros (2003), enfatiza a importância que a família assume perante um filho com doença crónica, como é o caso da presença de ostomia intestinal, na medida em que descreve três tipos de adaptação da família a esta nova realidade: aceitar que o filho está doente, de forma a alterarem as suas expectativas e rotinas de modo a conseguirem-se adaptar às exigências da doença; ajudar a criança aceitar a sua doença, as limitações e imposições da própria doença e tratamentos; e, por fim, tentar manter um equilíbrio nas outras áreas da sua vida pessoal.

Perante a criança com doença crónica, como é o caso da presença de ostomia intestinal, a família aprende a lidar e a adaptar-se à doença de forma a promover o restabelecimento da sua dinâmica familiar (Zacarin, Borges & Dupas, 2018).

A palavra ostomia é de origem grega, que tem o significado de abertura de um órgão oco, realizada cirurgicamente, no qual o órgão passa a estar em contato com a superfície da pele, no caso da ostomia intestinal para possibilitar o esvaziamento intestinal (Zacarin et al., 2018).

As ostomias de eliminação intestinal podem ser de dois tipos: ileostomia ou colostomias (OE, 2011). A colostomia é uma porção do cólon e a ileostomia é

uma porção do íleon, ambas exteriorizadas através da parede abdominal, em que no caso da colostomia normalmente ficam situadas na região da fossa ilíaca à esquerda, enquanto a ileostomia é na fossa ilíaca à direita (OE, 2011).

As causas mais frequentes para a realização de ostomia intestinal na criança, são a enterocolite necrosante, imperfuração anal, doença de hirschsprung, gastrosquisis, volvo, oclusões intestinais, trauma, entre outras (OE, 2011; Stetzer, 2021).

A presença de ostomia intestinal na criança pode ser uma fonte geradora de medo, de ansiedade e de stress, podendo ter um impacto negativo na qualidade de vida da criança e da sua família, quer a nível fisiológico, psicológico e social (OE, 2011; Uzsén et al., 2021).

Compete ao enfermeiro compreender estas alterações e a forma como a criança e família irá vivenciar todo este processo, na medida em que a adaptação a esta nova realidade vai depender, por um lado da compreensão e da aprendizagem da família acerca dos cuidados a ter com a ostomia do filho, e por outro o reconhecimento das alterações que esta condição crónica pode provocar na dinâmica familiar, salientando-se aqui a importância da identificação das redes de apoio (OE, 2011; Zacarin et al., 2018).

A criança e família, após a realização de uma ostomia, requerem tempo para se adaptarem à presença desta nova realidade, bem como às suas repercussões, como os cuidados a ter com a ostomia, de forma a ser efetuada uma transição segura para o domicílio (Monteiro, Carvalho, Medeiros, Silva & Guilhem, 2018; OE, 2011).

A preparação para a alta deve ser iniciada o mais precoce possível, com base no estabelecimento de uma relação de confiança com a criança e família, envolvendo-os no planeamento e desenvolvimento dos cuidados, promovendo a reorganização familiar e a respetiva adaptação ao novo processo de vida (OE, 2011). Perante esta nova situação, a intervenção do enfermeiro deve ser focada na educação para a saúde, usando estratégias educativas adequadas às necessidades de cada criança/família, possibilitando momentos propícios de discussão com a família, para reforçar assim a importância das melhores práticas, facilitando assim o processo de adaptação da criança e família (Monteiro et al., 2018; Uzsén et al., 2021).

A educação em saúde é encarada como uma ferramenta essencial para o desenvolvimento saudável da criança, bem como para estimular o *empowerment* parental, conceito tão importante na adaptação à ostomia intestinal (Monteiro et al., 2018).

O *empowerment* é encarado como um processo de colaboração ativa entre os profissionais de saúde e a família, que em conjunto trabalham focados no melhor para a criança (Golubović, Milutinović, Ilić & Dordević, 2021).

Os princípios do *empowerment* assentam no pressuposto de que a família adquire conhecimentos, habilidades e recursos que lhe permite alcançar o controle sobre as suas próprias decisões e uma maior independência na tomada de decisão relacionada com a sua vida e com a do filho (Golubović et al., 2021).

A preparação para a alta com foco no *empowerment* parental, deve ter por base um plano de educação para a saúde, que irá possibilitar, à criança e família, uma transição segura para o domicílio (Golubović et al., 2021; Monteiro et al., 2018). Este plano de educação para a saúde deve ser organizado, adaptado e planeado em função das necessidades da criança e família, tendo como alicerce uma comunicação eficaz entre a equipa multidisciplinar e família (Monteiro et al., 2018).

De acordo com Monteiro et al. (2018), um plano de educação para a saúde, com foco na preparação para a alta, deve conter um programa de educação estruturada, um programa educacional de cuidados à criança e de capacitação parental e, um programa de socialização. Um programa de educação estruturado consiste em momentos, proporcionados pelo enfermeiro, em que se partilha, com a criança e família, informações relacionadas com a função do sistema digestivo, necessidades da ostomia e complicações pós-ostomia. Um programa educacional de cuidados à criança e de capacitação parental está relacionado com a partilha de informação e demonstração dos cuidados à ostomia, através do uso de material didático adequado na aprendizagem de habilidades e conhecimentos, como por exemplo vídeos, folhetos, modelagem, entre outros. A informação que é partilhada com a família deve englobar os cuidados à pele; manuseamento e escolha dos dispositivos e acessórios de ostomia; cuidados a ter com alimentação da criança e identificação de sinais de alerta. No programa de socialização, o enfermeiro tem como objetivo principal promover a inserção familiar e social da criança, através da articulação com o serviço social, com os

cuidados de saúde primários, bem como a partilha, com a criança e família, da existência de redes de apoio, como associações e grupos de pais.

Este plano de educação para a saúde promove eficazmente uma transição segura da criança para o domicílio, bem como o *empowerment* parental, apresentando assim vários benefícios, tais como: promoção da autoeficácia na família, ou seja, uma sensação de controle e de capacitação ao serem possuidores de toda a informação relacionada com o seu filho; redução de sentimentos de ansiedade e stress na família, fomentando assim a aceitação da doença; melhoria dos cuidados prestados no domicílio; diminuição do aparecimento de complicações, o que por sua vez reduz as admissões hospitalares; normalização da vida da criança e família inseridas no seu ambiente (Batalla, Gonzáles & Romero, 2019; Monteiro et al., 2018; Stetzer 2021).

Neste contexto, podemos interligar a educação em saúde com o conceito de literacia em saúde, ou seja, a capacidade e motivação que cada pessoa tem para compreender, processar e assimilar a informação à qual tem acesso, promovendo-lhes uma maior autonomia na tomada de decisão sobre os cuidados de saúde (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2019).

Remetendo para a temática em questão, o enfermeiro deve fomentar esta literacia em saúde, uma vez que a família perante um nível elevado de literacia em saúde, terá a capacidade para tomar melhores decisões, o que possibilita um aumento do controlo sobre a sua saúde, bem como a do seu filho, adotando um espírito crítico no que diz respeito às escolhas relacionadas com a sua saúde (DGS, 2019).

2.2. Cuidar em Pediatria: principais conceções da atualidade

A prática de enfermagem deve ser orientada por teorias, pois presenteiam à disciplina de enfermagem conhecimento, estrutura e organização (Ribeiro, Martins, Tronchin & Forte, 2018). Contudo, para se escolher a teoria que melhor espelhe e fundamente a prática de cuidados, é necessário que haja coerência entre os conceitos instituídos pelos modelos teóricos (como enfermagem, pessoa, saúde e ambiente) e o contexto onde se desempenha funções (Ribeiro et al., 2018).

Ao longo dos anos, a evolução da disciplina da enfermagem foi sendo influenciada pelos vários paradigmas existentes em cada época (Ribeiro et al., 2018), o que implicou uma mudança na visão do cuidar.

Um paradigma não pode ser encarado sempre como a melhor visão de um objeto ou fenômeno, porém quando esse paradigma é aceite, este serve como critério e orientação no meio onde é adotado (Guimarães, 2004). Na enfermagem, o paradigma usado deve ser compreendido com fim de sabermos fundamentar as ideologias em que se acredita e na forma como esse paradigma orienta o nosso agir ao cuidar.

Atualmente, o paradigma da enfermagem em prática é o paradigma da transformação, que surgiu numa conjuntura em que se começou a reconhecer nas pessoas a capacidade e a possibilidade de serem ativos e parceiros nas decisões de saúde referentes a si mesmos (Ribeiro et al., 2018). Deste paradigma, para além de emergir o modelo holístico, surgem também duas escolas de pensamento: a escola do ser humano unitário e a escola do cuidar, onde se destaca a Teoria do Cuidar de Jean Watson (Ribeiro et al., 2018).

Para Watson, uma teoria é “um agrupamento imaginativo de conhecimentos, ideias e experiências que são representadas simbolicamente e procuram clarificar um dado fenómeno” (Watson, 2002, p. 8).

O cuidar é o alicerce central da prática de enfermagem, por isso no presente trabalho irei usar como referencial teórico principal a Teoria do Cuidar de Jean Watson, que defende uma perspetiva do cuidado humanístico como o principal enfoque da enfermagem, no sentido de proporcionar à pessoa controle, autonomia e liberdade de escolha nas suas opções de saúde (George, 2000; Watson, 2002).

O auxílio importante da Teoria do Cuidar para este relatório está relacionado com a interpretação do ato de cuidar, que para Watson (2002) é uma base moral da enfermagem, envolvendo valores, vontade e um compromisso para o cuidar e, tendo como objetivo proteger, melhorar e preservar a dignidade humana. Desta forma “cuidar é a essência da enfermagem e o foco mais central e unificador da prática de enfermagem.” (Watson, 2002, p. 62).

Para Watson (1979), os pressupostos do cuidar em enfermagem defendem que o cuidar: é interpessoal, sendo demonstrado e praticado com eficiência; permite a satisfação de determinadas necessidades humanas; promove a saúde

e crescimento individual e familiar, sendo um cuidar eficiente; aceita a pessoa como é atualmente e como pode ser futuramente; proporciona o desenvolvimento do potencial da pessoa; é promotor de saúde, não se limitando à cura, mas complementando o processo da mesma, através da integração de conhecimentos biofísicos e conhecimentos do comportamento humano e, por fim, defende que a prática do cuidar é vital para a enfermagem (Tomey & Alligood, 2004).

Cuidar em pediatria apresenta algumas particularidades, pelo que a OE elaborou os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, que têm como principal objetivo ser um instrumento orientador da qualidade dos cuidados especializados prestados à criança e família, através da definição dos conceitos metaparadigmáticos que são: saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem (OE, 2017).

O conceito de saúde é definido como sendo um processo dinâmico, contínuo e mutável no tempo, o que traduz a importância do crescimento e desenvolvimento da criança, através “(...) da otimização do estado de bem-estar físico, psicológico, intelectual, social e espiritual, que estando presente permite à criança (...) conseguir alcançar todo o seu potencial não a dissociando dos pais/família.” (OE, 2017, p. 3).

A pessoa é um conceito especificado nesta área de especialidade como a criança e a família. Sendo que a criança é toda a pessoa com menos de 18 anos de idade, com exceção no caso de doença crónica, incapacidade e deficiência até aos 21 anos ou até que a transição adequada para a vida adulta esteja conseguida com sucesso (OE, 2017).

A família abrange um conjunto de indivíduos que tem a responsabilidade de prestar cuidados à criança, apresentando uma forte influência no seu crescimento e desenvolvimento, como os pais, mas não excluindo alguma pessoa significativa ou prestador informal de cuidados (OE, 2017).

O ambiente onde a criança vive e se desenvolve é definido como presenteador de estímulos que sejam promotores de saúde (OE, 2017).

Os cuidados de enfermagem abarcam os conceitos de pessoa, saúde e ambiente, interligando-os e evidenciando-os a partir da filosofia dos cuidados centrados na família (CCF) e através de um paradigma holístico (OE, 2017).

Posto isto, este trabalho irá ser, também, sustentado na filosofia dos cuidados centrados na família e no modelo holístico, conceitos tão presentes na Teoria do Cuidar de Jean Watson.

O foco principal da enfermagem é o cuidar, o compreender e conhecer a pessoa de quem cuidamos como um “Todo”, emergindo assim num modelo holístico (McEvoy & Duffy, 2008). O “Todo” é encarar que a pessoa de quem estamos a cuidar tem características próprias e que está inserida num meio regido por fatores físicos, biológicos, emocionais e sociais, mas que interagem entre eles, envolvendo assim uma compreensão dinâmica e evolutiva da pessoa (Guimarães, 2004). O cuidado holístico é centrado nas necessidades do doente, onde os cuidados devem ser planeados e realizados de forma coordenada e em parceria com ele, incentivando a que este participe na tomada de decisão visando a melhoria do seu estado de saúde (McEvoy & Duffy, 2008).

Os Cuidados Centrados na Família (CCF) surgem como um conceito relevante na área da saúde durante a segunda metade do século XX, iniciando-se uma consciencialização da importância do papel da família na satisfação das necessidades e desenvolvimento da criança (*American Academy of Pediatrics*, 2012).

Os CCF são uma filosofia de cuidados em que se legitima a família como foco principal na vida da criança. A criança é observada como estando inserida num contexto da família, sendo esta encarada como única, com características próprias, logo podemos constatar que o cuidado prestado à criança é apoiado numa abordagem de CCF (Coyne, Hallström & Söderbäck, 2016; Smith, 2018).

A família deve ser encarada como uma unidade emocional, afetiva e de suporte dos seus membros (Figueiredo & Martins, 2010). Não obstante, perante uma crise como a doença e a hospitalização, a família pode sofrer um bloqueio e apresentar dificuldades em se organizar e adaptar perante a mesma. Portanto, torna-se importante o exercício da profissão de enfermagem ser focado nos cuidados à família (Figueiredo & Martins, 2010).

Os CCF são fundamentados através da relação estabelecida entre a família e os profissionais de saúde, na medida em que a família é encarada como parceira nos cuidados prestados ao seu filho (Harrison, 2010).

O objetivo dos CCF, de acordo com *Institute for Patient- and Family-Centered Care* (2017), é melhorar a qualidade e segurança dos cuidados

prestados, sendo as perspetivas da criança e família englobadas no planeamento, execução e avaliação dos cuidados de saúde. A implementação dos CCF pode resultar numa melhoria dos ganhos em saúde, numa distribuição mais eficiente de recursos humanos e na satisfação da criança e família (*American Academy of Pediatrics*, 2012).

Os CCF, segundo o *Institute for Patient- and Family-Centered Care* (2022), fomentam que o cuidado seja planeado tendo em conta os interesses da criança e família e, são sustentados em 4 pressupostos fundamentais: dignidade e respeito, partilha de informação, participação e, em último a colaboração.

A dignidade e respeito refere-se à responsabilidade dos profissionais de saúde de englobarem as escolhas e preferências da família, nomeadamente crenças, valores e conhecimentos na prestação de cuidados (*Institute for Patient- and Family-Centered Care*, 2022).

A participação está relacionada com o facto de os profissionais de saúde encorajarem e apoiarem a criança e família a participarem nos cuidados e na tomada de decisão, de acordo com a sua escolha (*Institute for Patient- and Family-Centered Care*, 2022).

Num estudo realizado por Uhl, Fisher, Docherty e Brandon (2013), sobre as experiências de cuidados dos pais, fomentadoras de CCF, durante a hospitalização dos seus filhos, é documentado a importância de os pais participarem nos cuidados, na tomada de decisão sobre os mesmos e, a necessidade dos profissionais de saúde fornecerem informações claras e precisas. O exercício profissional do EEESIP deve ser demonstrado no melhor nível de satisfação da criança, a partir da criação de uma parceria de cuidados com a família (OE, 2017).

A colaboração, o último pressuposto, enfatiza que a criança, família e profissionais de saúde participem na prestação de cuidados, em projetos de desenvolvimento, na avaliação de políticas e na formação profissional (*Institute for Patient- and Family-Centered Care*, 2022).

A prestação de cuidados baseada nos CCF traduz-se em benefícios, para a criança e família e também para os profissionais de saúde, como refere a Associação Americana de Pediatria (*American Academy of Pediatrics*, 2012), tais como: uma relação terapêutica mais sólida entre a criança/família e os profissionais de saúde; a melhoria da tomada de decisão com base numa

informação adequada e num plano de cuidados em parceria com a família; melhor comunicação entre a família e a equipa de saúde; melhoria da satisfação profissional, bem como da criança/família com os cuidados de saúde e, por fim, a melhoria da segurança nos cuidados.

Tendo em conta o explanado anteriormente verifica-se uma grande ligação entre os CCF e o *empowerment*, temática em estudo neste trabalho, pelo que no mesmo irei incorporar um modelo de *empowerment* para a enfermagem, realizado por Gibson em 1991.

Para Gibson (1991), o processo de *empowerment* promove à pessoa aquisição de habilidades, ou seja, uma maior capacitação, potenciando a satisfação das suas necessidades e resolução dos seus problemas, através da mobilização de recursos necessários ao controle da sua vida. Todavia, para o enfermeiro ser facilitador deste processo, é-lhe exigido que reúna algumas características, competências e habilidades consideradas elementares para o sucesso do seu trabalho (Ramos, 2020).

O modelo de Gibson (1991) está organizado por domínios: um domínio que apresenta os atributos relacionados com a pessoa cuidada; outro domínio com a interação enfermeiro-pessoa, ou seja, a relação entre estes dois elementos e, por fim, o domínio do enfermeiro, que explana os atributos presentes neste profissional de saúde (Gibson, 1991; Ramos, 2020).

No domínio da pessoa está presente a autodeterminação, autoeficácia, sentimento de controlo, motivação, autodesenvolvimento, aprendizagem, crescimento, sentimento de mestria, sentimento de pertença, melhoria da qualidade de vida, melhoria da saúde e sentimento de justiça (Gibson, 1991; Ramos, 2020). Na interação pessoa-enfermeiro estão presentes atributos como a confiança, empatia, tomada de decisão participativa, estabelecimento de objetivos mútuos, cooperação, colaboração, negociação, ultrapassar as barreiras organizacionais, organização, *lobbying* e legitimidade (Gibson, 1991; Ramos, 2020). No domínio do enfermeiro salientam-se características de ajuda, suporte, conselheiro, educador, facilitador e defensor/protetor (Gibson, 1991; Ramos, 2020).

Transpondo para a temática presente neste relatório, o modelo de Gibson (1991) será uma mais valia pois, facilitará a promoção do *empowerment* parental nos cuidados à criança com ostomia de eliminação intestinal, através da análise

e da adoção dos três domínios. Sendo assim, pretende-se que o enfermeiro avalie com a criança e família as suas necessidades, promova a tomada de decisão e contribua para o desenvolvimento de competências, que culminem numa adequada adaptação ao novo estado de saúde, sendo que o enfermeiro em vez de impor o seu conhecimento, aplica-o como um utensílio de *empowerment*, fomentando assim uma parceria de cuidados e os CCF.

3. METODOLOGIA

A metodologia desenvolvida foi assente na metodologia de projeto, que é centrada na identificação de um problema real e na implementação de estratégias e intervenções para a sua resolução, constituindo-se assim uma articulação entre a teoria e a prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento obtido na teoria para posteriormente ser aplicado na prática, fundamentando uma prática baseada na evidência (Freitas, 2010).

A metodologia de projeto é composta por cinco etapas: o diagnóstico de situação, a definição de objetivos, o planeamento, a execução e avaliação e a divulgação dos resultados obtidos, através da elaboração de um relatório (Freitas, 2010).

As três primeiras etapas foram cruciais para o início deste percurso formativo, onde foi realizado um projeto de estágio com o objetivo fundamental de projetar esse mesmo percurso. Para tal, foram definidos objetivos gerais e específicos, bem como as atividades a concretizar para se atingir os mesmos. A operacionalização do projeto decorreu nos diferentes contextos de estágio realizados em várias áreas de saúde infantil e pediátrica (serviço de cirurgia pediátrica, centro de desenvolvimento infantil, urgência pediátrica, unidade de cuidados intensivos neonatais e cuidados de saúde primários), com vista ao desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, preconizadas pela OE, que irão sustentar a minha conduta enquanto futura EEESIP e também para a obtenção do grau de Mestre (Regulamento nº 422/2018, 2018; Regulamento nº 140/2019, 2019).

A realização dos estágios corresponde à quarta etapa, ou seja, a execução do projeto de estágio.

A quinta etapa é praticada através da elaboração deste relatório, onde será feita a avaliação, divulgação e reflexão do experienciado nas etapas anteriores.

Ao longo de todo o percurso, a minha prática de cuidados à criança e família foi experienciada e sustentada por uma prática reflexiva, ou seja, refletindo na ação, sobre a ação e sobre a reflexão na ação (Schön, 1992).

A prática reflexiva é encarada como um processo essencial de aprendizagem, ou seja, o enfermeiro vai ser detentor do conhecimento daquilo

que faz e de como o faz, através de uma reflexão sobre as práticas de cuidados, (Santos & Fernandes, 2004).

A pessoa que pratica a reflexão busca a evidência para suportar a nova forma de pensamento, aperfeiçoando a capacidade de aprender a partir das práticas, permitindo que o conhecimento e a experiência sejam sustentados e alicerçados por essa mesma prática (Santos & Fernandes, 2004). No decorrer dos estágios, foi realizada uma análise e reflexão das várias situações experienciadas no cuidado à criança e família, numa perspectiva de refletir sobre a própria prática, atingindo uma nova compreensão e apreciação da prática de cuidados. Logo, a prática reflexiva possibilitou a partilha de saberes e o desenvolvimento de competências de EE e EEEESIP, no decorrer das várias experiências de estágio, sempre com o foco na melhoria da qualidade dos cuidados à criança e família.

4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO PERCURSO FORMATIVO: DOS OBJETIVOS PROPOSTOS AO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Ao longo dos últimos anos tem-se verificado um avanço tecnológico e clínico a nível dos cuidados de saúde, repercutindo-se em cuidados de enfermagem mais complexos e diferenciados (Regulamento nº 140/2019, 2019). Torna-se assim um desafio, para o enfermeiro, o desenvolvimento de capacidades, conhecimentos e recursos, ou seja, o desenvolvimento e aquisição de competências (Serrano, Costa & Costa, 2011).

Neste capítulo, irei explanar e refletir acerca do percurso formativo desenvolvido e da aquisição de competências de enfermeira especialista nos diferentes contextos de estágio.

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, elaborado pela OE (2019), o enfermeiro especialista é “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (p. 4744) e deve, também, possuir um “conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades (...) para atuar em todos os contextos de vida das pessoas” (p. 4745).

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica enfatizam que “os EEESIP, distinguem-se pelo desenvolvimento de competências técnicas e/ou relacionais, de forma a cuidar da criança/jovem em situação de doença bem como da criança/jovem saudável, quando a família não possua as competências e/ou capacidades para um resultado eficaz” (OE, 2017, p. 5).

O planeamento e operacionalização do estágio foi realizado de acordo com as minhas necessidades de aprendizagem e os critérios elaborados pela OE para a aquisição de competências comuns e específicas como EEESIP. Este percurso formativo desenrolou-se ao longo de dezoito semanas e em cinco contextos da prática clínica, explanados no Cronograma de Estágio (Apêndice II).

Para cada contexto de estágio foi elaborado um Guia Orientador das Atividades de Estágio (Apêndice III), no qual é feita uma breve revisão do tema

empowerment parental nos cuidados à criança com ostomia intestinal. O guia explana também os objetivos gerais e específicos definidos e atividades a desenvolver, com vista ao desenvolvimento e aquisição de competências gerais e específicas do EEESIP. No início de cada estágio, este Guia Orientador das Atividades de Estágio foi discutido com o enfermeiro orientador, de forma a ser adaptado à realidade e necessidades encontradas em cada contexto de estágio. Oriundo deste processo de aprendizagem definiram-se os seguintes objetivos gerais:

- ✓ Desenvolver competências de EEESIP na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança, jovem e família e nos seus processos de saúde-doença, nos diferentes contextos pediátricos.
- ✓ Desenvolver competências específicas na prestação de cuidados de enfermagem especializados, no âmbito do *empowerment* parental nos cuidados à criança com ostomia intestinal.

Tendo em conta os objetivos gerais, foram definidos objetivos específicos e atividades a desenvolver com vista à sua concretização e consolidação das competências do EEESIP, que serão analisadas e refletidas nos subcapítulos seguintes.

4.1. Desenvolver competências de EEESIP na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança, jovem e família e nos seus processos de saúde-doença, nos diferentes contextos pediátricos

Para a concretização deste objetivo geral foram delineados quatro objetivos específicos, sendo dois deles transversais a todos os contextos de estágio.

Para otimizar a experiência vivenciada em estágio, de forma a enriquecer o meu processo de aprendizagem e desenvolvimento profissional, o primeiro objetivo transversal a todos os contextos de estágio foi **conhecer o contributo do EEESIP na dinâmica organizacional e a sua intervenção na melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados à criança e família.**

Para a sua concretização foi de extrema importância, no início de cada estágio, a realização de uma reunião informal de apresentação do projeto de

estágio e discussão das atividades propostas e adequação das mesmas. Esta reunião foi realizada com o Enfermeiro Chefe e Enfermeiro Orientador, peritos nas áreas onde desempenham a sua atividade logo, ao serem detentores de experiência e conhecimento (Benner, 2001), foi benéfico para adequar e potenciar os objetivos inicialmente propostos, tornando este percurso de aprendizagens mais enriquecedor. Esta reunião também foi facilitadora para o conhecimento de projetos, protocolos e normas vigentes nos serviços.

Na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), foi nesta reunião que se partilhou a organização do plano de formação em serviço para o ano de 2022, em que uma das áreas verbalizadas pela equipa de enfermagem a ser colmatada estava relacionada com os cuidados de enfermagem ao recém-nascido (RN) com ostomia de eliminação intestinal. Após falar também com a Enfermeira responsável pela formação, decidiu-se elaborar uma Norma de Cuidados ao RN com ostomia de eliminação intestinal (Apêndice IV), numa perspetiva de atualização de conhecimentos da equipa e de uniformização de cuidados, contribuindo desta forma para a elevada diferenciação científica e técnica dos profissionais, através da “avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua” (Regulamento nº 140/2019, 2019, p. 4747), baseada na melhor evidência científica. Desta forma, conseguiu-se desenvolver competências comuns do EE a nível do Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, nomeadamente a competência B1 e B2 (Regulamento nº 140/2019, 2019).

A observação da dinâmica do serviço e a identificação de oportunidades de melhoria, tendo em conta as necessidades de cada contexto de estágio, foram atividades que facilitaram a integração aos diferentes contextos de estágio, quer em termos físicos, como conhecer a estrutura física do serviço; como humanos, através do conhecimento da equipa multidisciplinar, das crianças e suas famílias e, materiais, ou seja, a documentação existente nos serviços, como por exemplo normas, protocolos, entre outras. De salientar que, a minha integração nos vários contextos foi beneficiada pela capacidade de ensino e motivação presente e demonstrado pelas Enfermeiras Orientadoras, bem como pela disponibilidade e colaboração de toda a equipa multidisciplinar.

No decorrer do estágio realizei uma atenta observação da intervenção do EEESIP na equipa multidisciplinar e prestação de cuidados à criança e família. Em todos os contextos de estágios, os Enfermeiros Orientadores, todos Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, eram Chefes de Equipa e demonstravam uma capacidade dinamizadora na equipa, uma prática de cuidados competente, segura, profissional e ética, sempre focada nas melhores práticas e interesses da criança e família, o que facilitou assim o desenvolvimento de competências a nível do domínio A das competências comuns do EE (Regulamento nº 140/2019, 2019).

No decorrer do estágio também observei competências de EE no domínio da gestão de cuidados (competência C1) muito presentes nos Enfermeiros Orientadores, salientando o serviço de urgência de pediatria e a UCIN, em que a Enfermeira Orientadora, como eram Chefes de Equipa, deparavam-se com várias situações em que tinham de mobilizar estratégias de planeamento e organização no que diz respeito a uma distribuição segura de enfermeiro (por vezes por dotações insuficientes) por posto de trabalho e por criança, sempre com o foco na garantia de um ambiente terapêutico e seguro (competência B3 de EE), otimizando assim “a segurança e qualidade das tarefas delegadas” (Regulamento nº 140/2019, 2019, p. 4748).

No estágio realizado no contexto onde desempenho funções, tive oportunidade de acompanhar a Enfermeira Chefe durante quatro turnos, o que permitiu a obtenção de um olhar mais abrangente no que diz respeito à gestão e organização da equipa de enfermagem e o que isso implica e interfere na prestação de cuidados de enfermagem. A realização destes turnos, proporcionou, por um lado o desenvolvimento da capacidade de autoconhecimento, assertividade e adaptabilidade e da sua interferência no estabelecimento das relações profissionais e terapêuticas, e por outro constatar a importância da capacidade de saber liderar (competências C2 e D1 do Regulamento nº 140/2019, 2019). A liderança é uma competência presente no exercício do enfermeiro, fazendo com que seja adequada à equipa, conseguindo influenciá-la positivamente, garantindo assim a qualidade dos cuidados prestados e que estes sejam focados nas necessidades da criança e família (Amestoy, Trindade & Silva, 2017; Regulamento nº 140/2019, 2019).

De salientar que, o realizar estágio no meu contexto profissional foi bastante benéfico pois, consegui desenvolver competências a nível da melhoria da qualidade, gestão, supervisão dos cuidados e desenvolvimento profissional, através dos vários momentos de partilha de experiências com a enfermeira orientadora, sob uma visão mais ampla e reflexiva dos cuidados.

A minha postura em estágio foi pautada por um investimento pessoal e profissional, na procura metódica de oportunidades para o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEESIP.

O segundo objetivo específico e transversal a todos os campos de estágio, foi **desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança e família na maximização e/ou restabelecimento da sua saúde.**

Para a concretização deste objetivo, a realização de pesquisa bibliográfica de acordo com as especificidades de cada local de estágio foi uma das atividades que mais senti necessidade de realizar, em especial nos contextos desconhecidos, como foi o caso da UCIN, Unidade de Saúde Familiar (USF) e Serviço de Reabilitação Pediátrica e Desenvolvimento (SRPD), de forma a aprofundar uma diversidade de temáticas que me despertaram interesse. Este aprofundar de conhecimentos foi realizado com recurso a literatura baseada na melhor evidência científica, mas também senti que as várias reuniões informais, através de discussões pertinentes e interessantes, com os enfermeiros orientadores, equipa multidisciplinar e professora orientadora, foram essenciais para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, responsabilizando-me por ser um elo facilitador de aprendizagem na prática clínica e por suportar essa mesma prática em evidência científica, indo assim ao encontro do domínio D2 das competências do EE (Regulamento nº 140/2019, 2019).

A finalidade desta atividade foi o de realçar que a prática da profissão de enfermagem deve ser baseada na melhor evidência científica, fazendo com que sejamos capazes de questionar a nossa prática, usando o conhecimento para basear a nossa ação, avaliando assim a necessidade de alguma mudança na prestação de cuidados, caminhando sempre no sentido da prática baseada na evidência (OE, 2012).

Tendo em conta que o EEESIP, no exercício da profissão deve estabelecer uma parceria de cuidados com a família ou pessoa significativa, de forma a se

satisfazer as necessidades da criança, a observação da intervenção do EEESIP e a colaboração com a equipa na prestação de cuidados à criança e família, nos vários locais de estágio, foi de extrema importância para conseguir desenvolver as competências específicas do EE (OE, 2017; Regulamento nº 422/2018, 2018).

No decorrer do estágio, em colaboração com as Enfermeiras Orientadoras, sempre demonstrei respeito pela criança e pelo papel da família na vida da criança, pelas suas crenças e cultura e pela importância do envolvimento da criança e família nos cuidados, proporcionando oportunidades para se trabalhar com a criança e família tendo em conta as suas necessidades, com foco na adoção de comportamentos promotores de saúde, através da promoção de uma relação terapêutica com criança e família baseada numa comunicação eficaz e adequada aos diferentes estádios de desenvolvimento da criança bem como às características da família, indo assim ao encontro da unidade de competência E1.1 das competências específicas do EEESIP (Regulamento nº 422/2018, 2018).

Ao longo do estágio observei o papel do EEESIP, enquanto dinamizador e modelo para a equipa, constatando em todos os campos de estágio, que estes eram os responsáveis pelo Plano de Formação da equipa de enfermagem, bem como dos assistentes operacionais; na UCIN a articulação com os cuidados de saúde primários, nomeadamente o envio da carta de transferência, era realizada pelo EEESIP e no Serviço de Cirurgia Pediátrica este possuiu um papel preponderante nas reuniões multidisciplinares, realizadas semanalmente, para discussão das situações clínicas das crianças internadas, e posteriormente da passagem desta informação para a restante equipa de enfermagem, de forma a se organizar, adequar e a planear o plano de cuidados. Na USF, as consultas de saúde infantil e pediatria eram momentos propícios para o EEESIP reconhecer a importância da família na vida da criança e para se avaliar o seu nível de literacia em saúde, de forma a se estabelecer um plano de saúde promotor da parentalidade e focado na capacitação parental, por serem os primeiros prestadores de cuidados à criança (DGS, 2013).

A comunicação é uma ferramenta de extrema importância no exercício da nossa profissão, tendo verificado no decorrer do estágio que o EEESIP era muitas vezes solicitado para comunicar de forma eficaz com a criança e família, em determinadas situações. São exemplos dessas situações a preparação para

um procedimento doloroso, como a vacinação a nível da Unidade de Saúde Familiar (USF) ou colheita de sangue no Serviço de Urgência, em que o EEESIP é capacitado para reconhecer a importância da preparação emocional da criança e família de forma a conseguir corresponder às suas necessidades, através do uso de estratégias de empoderamento da criança e família (Barroso, Santos, Santos, Nunes & Lucas, 2020; Engenheiro, Geadas, Lobo, Azougado, Figueiredo & Simpson, 2016). Nestas situações, observei que o EEESIP promove cuidados individualizados que conduzem à satisfação das necessidades emocionais da criança e família, através do uso de técnicas que ajudem na melhoria da comunicação e relação, podendo-se destacar, por exemplo o brincar, que irá ajudar na criação de uma relação terapêutica baseada em confiança com a criança e família, elementos preponderantes para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem (Barroso et al., 2020; Engenheiro et al., 2016).

Outras atividades realizadas para se conseguir concretizar este segundo objetivo, foram a identificação de situações que representem risco para a criança ou que possam afetar negativamente a sua vida, bem como a qualidade de vida e a colaboração com a equipa na prestação de cuidados de enfermagem à criança em situação de particular exigência, onde saliento a intervenção do EEESIP, no Serviço de Urgência. Nos turnos que realizei no posto de trabalho da triagem, sendo que é o primeiro contacto com a criança e família, destaco algumas intervenções do EEESIP. Observei a realização de uma avaliação precisa e adequada da situação clínica e social da criança e família, sinalizando situações, que podem ser preocupações a nível social e aí são encaminhadas para a assistente social. Outro exemplo, que saliento, são situações em o EEESIP reconhece instabilidade hemodinâmica na criança, mobilizando conhecimentos e habilidades para uma rápida e adequada resposta, destacando a formação da Enfermeira Orientadora, EEESIP, em suporte avançado de vida pediátrico, o que possibilitou assim o desenvolvimento das competências específicas do EEESIP, nomeadamente a unidade de competência E2.1. (Regulamento nº 422/2018, 2018).

Tendo em conta que compete ao EEESIP, como explanado no seu Regulamento de Competências Específicas (2018), “a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem” através da “gestão de medidas

farmacológicas de combate à dor” e da aplicação de “conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor” (p. 19193), e de forma a conseguir desenvolver esta unidade de competência (E2.2.), no decorrer do estágio na USF, identificou-se a vacinação como sendo um momento de stress para a criança e família, em especial no primeiro ano de vida, pelo que sentiu-se necessidade de elaborar um documento direcionado para os profissionais de saúde, que abarcasse a evidência científica mais recente, sobre as orientações para o alívio da dor na vacinação da criança (Apêndice V). A elaboração deste documento, contribui para uma melhoria e atualização dos conhecimentos na área da gestão e controle da dor durante a vacinação, capacitando-se assim a equipa de enfermagem, para os utilizar de forma correta e adequada no alívio da dor, promovendo uma melhoria contínua da qualidade (OE, 2013).

A minha passagem pelos campos de estágio foi pautada por uma postura pró-ativa e de disponibilidade, de forma a enriquecer o meu processo de aprendizagem. Os cuidados centrados na família, inseridos numa perspetiva do modelo holístico, foram os princípios orientadores da minha conduta ao longo do estágio, mobilizando-os na prestação de cuidados e envolvendo a criança e família em todo o processo de cuidar.

Cuidar é retratado por Watson (2002), como sendo “o ideal moral da enfermagem, pelo que o seu objetivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana” (p. 55), sentido este que partilho e que me orientou no decorrer do estágio.

Estes princípios estão explanados na Carta da Criança Hospitalizada, elaborada em 1988, exposta em todos os contextos de estágio onde passei, onde são expressas um conjunto de aspetos da humanização de cuidados à criança e família (Instituto de Apoio à Criança, 2008).

O cuidado holístico é centrado nas necessidades do doente, na medida em que os cuidados devem ser planeados e realizados de forma coordenada e em parceria com ele, incentivando a que participe na tomada de decisão de forma a melhorar a sua saúde (McEvoy & Duffy, 2008).

A prática profissional do EEESIP é baseada na prestação de cuidados à criança que, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2017) é alicerçada numa filosofia de cuidados centrados na criança e família, sendo estes os usufruidores

dos seus cuidados, em qualquer contexto que estejam, desde meio hospitalar, a cuidados de saúde primários, comunidade, escolas, entre outros.

A discussão e reflexão, com a Enfermeira Orientadora, sobre a intervenção do EEESIP foi constante, tornando-se numa atividade diária, numa perspetiva de melhoria contínua no exercício da nossa profissão, avaliando o que é eficaz e o que requer alterações, sempre com a máxima de agir em conformidade com o benefício da criança e família, favorecendo assim o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

O terceiro objetivo específico foi delineado para ser desenvolvido no SRPD e nos cuidados de saúde primários, nomeadamente na USF, que é **desenvolver competências de enfermagem especializadas na promoção do crescimento e desenvolvimento da criança.**

A concretização deste objetivo foi decisiva para o desenvolvimento das competências específicas do EEESIP, nomeadamente a unidade de competência E3.1. (Regulamento nº 422/2018, 2018).

A primeira atividade realizada foi a pesquisa bibliográfica sobre o desenvolvimento infantil, nomeadamente o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013) e a organização atual dos Cuidados de Saúde Primários.

A Unidade de Saúde Familiar (USF) é caracterizada pelo método de trabalho do enfermeiro de família e, tem como finalidade principal a vigilância de saúde, que é realizada de acordo com recomendações descritas em documentos orientadores de práticas, como o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) e o Programa Nacional de Vacinação (PNV), ambos elaborados pela DGS em 2013 e 2020, respetivamente. Este estágio foi desenvolvido inteiramente na Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil.

O planeamento destas consultas são realizadas sob orientações do PNSIJ (DGS, 2013), tais como: calendarização das mesmas para idades-chave, relacionadas com acontecimentos importantes na vida da criança, como etapas de desenvolvimento, diversificação alimentar e escolaridade; conciliação das consultas com o esquema cronológico recomendado no Programa Nacional de Vacinação (PNV), com o intuito de melhorar adesão ao PNV e a reduzir o número de deslocações aos serviços de saúde e, capacitação da família através da partilha e da valorização dos cuidados antecipatórios, focados na promoção

e proteção dos direitos da criança e na parentalidade (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2013).

No decorrer do estágio na USF, verifiquei que o EEESIP, ao ser detentor de um conhecimento da família, no planeamento que faz de cada consulta, faz uma avaliação prévia e do momento das necessidades daquela criança e família para que, os momentos de educação para a saúde, tendo por base os cuidados antecipatórios que se devem abordar, sejam adequados às necessidades daquela criança e família.

O EEESIP, em cada consulta, realiza determinadas intervenções, focadas na educação para a saúde, com vista à aquisição contínua de ganhos em saúde da criança e família (DGS, 2013). Cada consulta é personalizada e individualizada, sendo que o EEESIP é responsável por: avaliar a dinâmica familiar da criança, observando o relacionamento da criança e família durante a consulta e, detetar possíveis situações de risco; no saber sobre a adaptação da criança à creche/escola e perguntar se há verbalização de alguma preocupação por parte dos profissionais da escola, fomentando o trabalhando em equipa; ter conhecimento sobre o padrão alimentar e de higiene, bem como a interação da criança com a restante família e amigos; estimular a aquisição de comportamentos fomentadores de saúde, como adoção de uma alimentação saudável, adequada às necessidades de cada criança e família, a prática de exercício físico, o brincar e a prevenção de acidentes; promover o PNV, amamentação, a parentalidade; alertar para sinais e sintomas que justifiquem o recurso a outros serviços de saúde e, detetar e encaminhar adequadamente situações que possam comprometer a vida ou afetar a qualidade de vida da criança, como perturbações da visão, linguagem, perturbações do desenvolvimento estaturo-ponderal (peso, perímetro cefálico e comprimento) ou situações de doença aguda que careça de cuidados diferenciados. Durante a consulta, também é realizada a avaliação do desenvolvimento infantil, tendo em conta o desenvolvimento motor, cognitivo, emocional e social da criança e, sabendo que este é um processo dinâmico, contínuo e personalizado, ou seja, a celeridade de passagem de um estágio a outro é variável de criança para criança (DGS, 2013). A escala de avaliação de desenvolvimento de *MarySheridan* Modificada é recomendada pela DGS para as crianças até aos cinco anos, e é o utilizado na USF onde estagiei, onde foi possível assistir à sua aplicação e

posterior registro. Esta avaliação era realizada pela observação do comportamento da criança e através de algumas questões colocadas aos pais, durante a consulta. De salientar, a capacidade da enfermeira orientadora em proporcionar este momento em algo calmo e interativo, de forma a que a criança se sentisse à vontade, através de uma preparação adequada ao estágio de desenvolvimento, por exemplo através do brincar, e que a família não sentisse este momento como avaliativo, percebendo que o desenvolvimento é um processo contínuo e individualizado.

Na sua abordagem à criança e família, o EEESIP mobiliza habilidades comunicacionais adequadas aos diferentes estádios de desenvolvimento da criança e família, tendo respeito pelas suas crenças e cultura.

O estágio no Serviço de Reabilitação Pediátrica e Desenvolvimento (SRPD) foi desenvolvido numa perspetiva da promoção do desenvolvimento infantil e na reabilitação da criança portadora de deficiência, ou seja, intervindo na maximização do potencial da criança, com o intuito da sua integração na família e sociedade.

Este contexto de estágio é um serviço que se articula diretamente com o meu contexto profissional, pelo que foi pautado de muita reflexão realizada com a enfermeira orientadora, no sentido da criança ser encorajada em aproveitar, promover e desenvolver capacidades de forma a maximizar o seu potencial, com o objetivo de atingir o maior grau de independência e a integração sociofamiliar ser facilitada.

O EEESIP é visto pela equipa como referência na comunicação com a criança portadora de deficiência, pelo seu conhecimento da área pediátrica, salientando as técnicas de comunicação com a criança, que são ferramentas essenciais na prestação de cuidados à criança.

Este estágio foi bastante gratificante, pois senti uma melhoria e grande evolução profissional no sentido de observar a evolução da autonomia e independência da criança. Fomentando uma reflexão acerca da articulação entre o meu contexto profissional e o contexto de estágio. Apesar de a prestação de cuidados à criança com necessidades especiais, no meu contexto profissional, ser realizado numa fase aguda da doença, a realização deste estágio, despertou-me para a importância de se fomentar a autonomia da criança e família, proporcionando uma transferência para o SRPD, mais segura e tranquila,

promovendo assim o desenvolvimento da criança. Saliento, momentos de desempenho das atividades de vida diárias, como por exemplo, o comer e beber, higiene pessoal e vestir-se, que tive oportunidade de acompanhar várias crianças, ao longo do estágio no SRPD. Estes momentos eram propícios ao desenvolvimento da autonomia da criança com necessidades especiais, através da adaptação de materiais e equipamentos fomentadores da autonomia e independência da criança. Na partilha de experiências com a enfermeira orientadora, estes momentos foram estimuladores de uma reflexão sobre a minha prestação de cuidados, numa perspetiva de melhoria de cuidados no meu contexto profissional com foco à autonomia da criança com necessidades especiais.

Neste contexto de estágio, de acordo com uma necessidade sentida pela equipa, com foco na autonomia da criança e da família com ostomia intestinal, elaborei um Kit de ostomia infantil, que mais à frente irei descrever mais pormenorizadamente.

O quarto objetivo específico, **desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao recém-nascido (RN) e sua família**, foi planeado para ser concretizado no estágio em contexto da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN).

A UCIN foi o contexto de estágio mais desafiante, pela complexidade e especificidade dos cuidados, bem como pela minha imperícia na área dos cuidados intensivos neonatais, transformando-se por isto numa experiência bastante enriquecedora, a nível profissional e pessoal. Senti desde início que a pesquisa bibliográfica seria fundamental para a aquisição de conhecimentos e enriquecimento do meu processo de aprendizagem. Sendo a área de conhecimento de neonatologia muito vasta, a enfermeira orientadora teve um papel preponderante no meu processo de aprendizagem, pela sua capacidade de ensino e motivação conseguiu orientar o meu estudo e, despertou-me para assuntos cruciais nesta área, contribuindo assim para a minha integração na equipa. A prestação de cuidados na UCIN foi bastante gratificante, em especial por o RN ser o estágio de desenvolvimento que me desperta mais interesse. Logo, a melhoria de conhecimentos nesta área foi crucial para o desenvolvimento de competências como EEESIP no decorrer do estágio, bem

como na solidificação de conhecimentos que transporte para o meu contexto profissional.

Os avanços da tecnologia na área da neonatologia contribuíram significativamente, para a diminuição da mortalidade infantil, em especial no RN grande prematuro (Tamez, 2017). Ao longo dos anos, a evidência científica foi demonstrando a importância do cuidado neuroprotetor, que tem como enfoque a redução do stress, a prevenção da agitação, a preservação da energia e a promoção do crescimento, facilitando assim as capacidades de autorregulação e minoração das taxas de mortalidades e morbidade neonatal, em especial do prematuro (Tamez, 2017). Na observação da intervenção do EEESIP na prestação de cuidados ao RN, constatei que tem por base a filosofia do cuidado neuroprotetor, ou seja, cuidados para cuidar e proteger o cérebro do RN em desenvolvimento, sendo eles: o ambiente, a parceria com a família, o posicionamento e manipulação do RN, a proteção do sono, alívio da dor, a proteção da pele e a nutrição (Tamez, 2017). Ao longo do estágio observei e colaborei nos cuidados ao RN.

O ambiente da neonatologia deve ser adequado e pensado nas características do RN, desde o ambiente físico estar organizado para favorecer a estabilidade fisiológica do RN, a temperatura ambiente da incubadora e do RN serem verificadas pelo enfermeiro, em cada turno, e terem atenção antes da manipulação do RN em se aquecer as mãos, mantendo uma estabilização do fluxo sanguíneo e prevenindo dor e desconforto. O ambiente deve promover os períodos de sono, pelo que a incubadora deve ser tapada, diminuindo a iluminação.

A manipulação do RN é sempre realizada de uma forma calma, com as mãos em posição de concha, para o RN se sentir seguro e aconchegado. Pelo que o posicionamento do RN é realizado sempre em linha mediana, com movimentos calmos e serenos, proporcionando barreiras para promover a flexão e contenção.

Os cuidados ao RN são organizados de forma a reduzir o stress e o desconforto, pelo que o EEESIP tem um papel de advogado do RN, no sentido de alertar a restante equipa para este facto.

A proteção da pele é um cuidado muito valorizado e enfatizado na equipa. Pelo que, todos os cuidados realizados ao RN têm por base a manutenção da

integridade da pele, desde usar emolientes no banho e reduzir o uso de adesivos.

A forma mais indicada e comprovada para nutrir o RN é o aleitamento materno. Pelo que, a unidade está preparada para todo o apoio que a mãe necessita, como um local calmo e resguardado para fazerem a extração de leite.

A parceria com a família é um cuidado de extrema relevância e foi neste que mais investi, articulando assim com a temática do meu projeto de estágio. O ambiente de uma neonatologia pode intimidar e provocar sentimentos de algum receio nos pais do RN, cabendo então ao EEESIP desmistificar este medo, orientando e incluindo os pais nos cuidados, de forma que se sintam integrados na equipa e, em especial que percebam a relevância da sua presença no desenvolvimento do RN, promovendo assim a parentalidade e a vinculação. Aproveitei todas as oportunidades para envolver os pais nos cuidados ao RN, através da implementação de intervenções promotoras das competências parentais, sempre orientada pela filosofia dos cuidados centrados na família, cuidados holísticos e humanizados.

O envolvimento e participação da família, foi fomentado, através da partilha de informação sobre comportamentos promotores do neurodesenvolvimento do filho, como a importância da presença, do toque, do falar com ele, salientando que a voz materna promove o desenvolvimento neural, partilhar e exemplificar como podiam colaborar no posicionamento do filho. De salientar que no decorrer do estágio, através da promoção de uma relação terapêutica com a família, mobilizando técnicas de comunicação adequadas e individualizadas, senti que a família já me procurava para questionar algo do seu filho, ou simplesmente para partilharem o seu processo de vinculação. Colaborei com a enfermeira orientadora na realização do método canguru, na promoção da amamentação, na preparação para a alta e nos cuidados inerentes à ventilação invasiva e não invasiva, como é o caso da oxigenoterapia por alto fluxo, que senti necessidade de melhorar conhecimentos, pelo que me inscrevi num *workshop* sobre esta temática (ANEXO I).

Tive oportunidade de colaborar na preparação para a alta do RN e família, fazendo a articulação com os cuidados de saúde primários, através da elaboração na nota de alta de enfermagem, com posterior envio via email para o enfermeiro de família, neste caso tratava-se de uma USF. Na preparação para

a alta, é entregue aos pais uma folha com a identificação das necessidades de cuidados antecipatórios, em que os pais identificam nessa mesma folha o nível de aprendizagem desses mesmos cuidados, ou seja, quais os cuidados que necessitam de ajuda e os que já se sentem preparados. Num turno, fiquei responsável por um RN que estava na fase de preparação para a alta, pelo que baseada nessa folha e no contacto com os pais, vimos as necessidades a colmatar e, através de momentos de educação para a saúde, partilhei informações como técnicas de administração de terapêutica oral, cuidados com as cólicas e cuidados a ter com a higiene do RN, fomentando assim o *empowerment* parental e uma transição segura para o domicílio.

O estágio na UCIN foi de extrema importância, a discussão e reflexão sobre o cuidado especializado do EEESIP ao RN e família, com a equipa multidisciplinar e enfermeira orientadora, foi crucial para o meu crescimento profissional, fomentando em mim um pensamento reflexivo dos cuidados sempre numa melhoria dos cuidados de enfermagem. Destaco as várias partilhas de experiência, com a equipa multidisciplinar, sobre o desenvolvimento da parentalidade e vinculação, como sendo um processo contínuo, podendo ter recuos e avanços.

Este objetivo foi determinante para o desenvolvimento das competências específicas do EEESIP, nomeadamente a unidade de competência E3.2. e E3.3 (Regulamento nº 422/2018, 2018).

4.2. Desenvolver competências específicas na prestação de cuidados de enfermagem especializados, no âmbito do *empowerment* parental nos cuidados à criança com ostomia intestinal

Para a concretização deste objetivo foram definidos dois objetivos específicos transversais a todos os contextos de estágio.

O primeiro objetivo específico foi delineado com o propósito de **sensibilizar a equipa multidisciplinar para a importância do *empowerment* parental nos cuidados à criança.**

Para a concretização deste objetivo foi de extrema importância o conhecimento da existência de projetos e/ou normas relacionados com a temática obtido através das várias discussões e partilhas sobre a temática do *empowerment* parental que desenvolvi com as Enfermeiras Orientadoras e restante equipa multidisciplinar. Estas reuniões foram cruciais para identificar estratégias usadas pela equipa para a promoção do *empowerment* parental nos cuidados à criança e a necessidade da minha intervenção para promover o desenvolvimento das práticas nessa área, bem como na identificação de oportunidades para trabalhar com a família, no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde.

As atividades por mim desenvolvidas ao longo do estágio foram realizadas com o foco na sensibilização da equipa para o conceito de *empowerment*, para promover uma parceria com a família, com vista ao envolvimento, participação e capacitação nos cuidados, bem como na mobilização de estratégias para fomentar o conhecimento e aquisição de habilidades especializadas à família e recursos, de forma a facilitar o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença.

O *empowerment* parental é um conceito multidimensional, que ao longo dos anos, foi encarado pelos profissionais de saúde como primordial na prestação de cuidados à criança, reconhecendo assim o papel preponderante da família no desenvolvimento da criança (Golubović et al., 2021). Uma família devidamente envolvida nos cuidados e na decisão dos mesmos, irá estimular um adequado desenvolvimento emocional, cognitivo e social da criança, ou seja, uma melhoria significativa na sua qualidade de vida (Golubović et al., 2021).

Nesta perspetiva, no estágio que realizei em contexto de cuidados de saúde primários, na USF, saliento o documento que elaborei sobre as orientações para o alívio da dor na vacinação pediátrica (Apêndice v), como referi anteriormente.

A realização deste trabalho baseou-se num documento elaborado pela APED (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor), em 2021, onde constam recomendações direcionadas aos profissionais de saúde, acerca do controlo da dor no ato de vacinação. Uma das orientações descritas como sendo uma boa prática de cuidados à criança, está relacionada com aplicação de anestésicos tópicos, pois bloqueia a transmissão de estímulos dolorosos para a pele,

aliviando assim a dor associada a agulhas (Abadesso et al., 2021), como é o exemplo de dois medicamentos, o emla e a lambdalina, encontrados na pesquisa bibliográfica realizada acerca desta temática. Após contato, via email, com o laboratório destes medicamentos elaborei uma tabela resumo, onde consta a informação mais pertinente de cada um deles e a sua aplicabilidade, posologia e modo de administração de acordo com a idade da criança.

A eficiência da aplicação de anestésicos tópicos na criança, terá de ser realizada em parceria com a família. Pelo que, a elaboração deste documento, teve como principal objetivo explicar as principais orientações para controle da dor e ansiedade da criança e família no ato de vacinação, fundamentadas em evidência científica. Assim, o enfermeiro ao partilhar esta informação, ou seja, conhecimentos e habilidades, com a família, em especial durante as consultas de vigilância de saúde infantil, está a envolver a família nos cuidados, a reconhecer e a fortalecer as suas competências parentais, promovendo assim sentimentos de autoeficácia na família (Golubović et al., 2021). A autoeficácia é assim um dos objetivos do *empowerment* parental pois, a família ao ser possuidora de toda a informação relacionada com os cuidados à criança, nomeadamente qual o seu papel no alívio da dor no ato de vacinação, o enfermeiro estimula, na família, sentimentos de controle sobre as suas próprias decisões e uma maior autonomia na tomada de decisão (Galanakis, Tsoi & Darviri, 2016; Golubović et al., 2021).

O segundo objetivo específico tem a finalidade de **desenvolver propostas de intervenção promotoras do *empowerment* parental nos cuidados à criança com ostomia intestinal.**

Em todos os contextos de estágio foi realizada uma exposição da problemática à equipa multidisciplinar, ou seja, iniciei o meu processo de aprendizagem sempre com uma reunião com a Enfermeira orientadora e Chefe de serviço, para expor a temática abordada no meu projeto de estágio e a sua pertinência, bem como com o intuito de perceber os projetos, necessidades e preferências no âmbito da melhoria da prática clínica. De salientar que em todos os contextos aproveitei todos os momentos para partilha de ideias, conhecimentos, experiências e reflexões com a equipa multidisciplinar, acerca da temática em estudo, sendo que a equipa demonstrou sempre interesse, em

especial, na melhoria de conhecimentos sobre a temática da ostomia intestinal na criança.

Para tal, em cada estágio e de acordo com as necessidades identificadas e adequadas foram elaboradas propostas de intervenção promotoras do *empowerment* parental nos cuidados à criança com ostomia intestinal, que irei expor de seguida.

O estágio no serviço de Cirurgia Pediátrica, sendo o meu contexto profissional e tendo em conta as necessidades sentidas por mim e pela restante equipa, debatidas com a Enfermeira orientadora e Chefe de serviço, constatou-se que seria pertinente sensibilizar a equipa de enfermagem para a temática do *empowerment* parental nos cuidados à criança com ostomia intestinal, através da realização de uma sessão de sensibilização (Apêndice VI). Esta sessão de sensibilização tinha como principal objetivo partilhar com a equipa a evidência mais recente sobre a temática da ostomia intestinal, bem como o *empowerment* parental e fomentar a discussão e partilha de experiências com o foco na adoção de boas práticas nos cuidados à criança e família, através da implementação de intervenções promotoras desses mesmos cuidados. Na avaliação da sessão, a equipa verbalizou também a necessidade de haver no serviço algum apoio a nível científico, nomeadamente de guias práticos para apoiar os cuidados à criança com ostomia intestinal, sendo que fosse de fácil acesso. Por conseguinte, organizei uma pasta no computador do serviço, onde coloquei os artigos mais pertinentes e recentes, bem como diretrizes e orientações de organizações/associações peritas na área da ostomia intestinal pediátrica, salientando o guia elaborado pela Ordem dos Enfermeiros em 2011, a diretriz da DGS de 2017, orientações para os cuidados a ter com a ostomia elaborado pela *Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society* [WOCN] em 2020 e o guia de cuidados à criança ostomizada, elaborado por Batalla et al. em 2019. Esta pasta informatizada iria facilitar e apoiar, por um lado os registos de enfermagem e, por outro lado iria ser uma mais valia nos momentos de educação para a saúde, realizados com a família na preparação para a alta. Pois, de acordo com os Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, elaborados pela OE (2017), o EEESIP, em conjunto com a criança e família, deve desenvolver processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde, sendo um elemento essencial na continuidade de

cuidados, no planeamento da alta e no ensino, instrução e treino, com foco à adaptação das necessidades de cada criança e à capacitação parental.

De salientar, que no decorrer do estágio no meu contexto profissional, surgiu a oportunidade de participar em programas de melhoria contínua, através da inscrição numa formação (organizada pelo gabinete de formação e investigação em enfermagem do hospital) com o tema “Princípios em estomaterapia – pessoa com ostomia e eliminação intestinal” (Anexo II), com o objetivo principal de integrar a equipa de formadores, para em futuras formações a temática da ostomia intestinal na idade pediátrica ser incluída. A participação nesta formação foi de extrema importância para a minha aprendizagem, pois permitiu-me melhorar conhecimentos na área da ostomia intestinal, nomeadamente acerca das lesões peri-estoma e da terminologia dos dispositivos para ostomia; acesso e conhecimento de protocolos e diretrizes elaboradas por entidades peritas na área, o que me despertou ainda maior interesse de pesquisa na área pediátrica e, em especial fomentou a discussão, reflexão e partilha de experiências sobre os cuidados com o enfermeiro formador, perito nesta área. Esta formação foi bastante pertinente e benéfica na sustentação de todas as atividades que desenvolvi ao longo de todos os estágios, em especial na transmissão do conhecimento.

No Serviço de Urgência, a equipa verbalizou a necessidade de melhoria de conhecimentos relativamente aos cuidados a prestar à criança com lesões peri-estoma. As lesões peri-estoma são complicações que podem surgir tanto no pós-operatório imediato como no tardio, bem como no domicílio, decorrentes de outras patologias associadas e/ou doenças típicas da idade pediátrica (Faria & Kamada, 2020). Estas complicações, quando surgem no pós-alta, levam muitas vezes a que a criança recorra aos serviços de saúde, nomeadamente ao serviço de urgência, como foi partilhado pela equipa de enfermagem. As lesões peri-estoma mais frequentes, são a maceração, o eritema e a infeção fúngica (Batalla et al., 2019; Faria & Kamada, 2020).

Por conseguinte, propus-me realizar um cartaz onde iria explanar as principais lesões e os respetivos cuidados, conseguindo assim interligar aprendizagem do curso que frequentei com toda a evidência pesquisada que me levou à sustentação do projeto de estágio (Apêndice VII). O cartaz ficou exposto

na sala de enfermagem e foi apresentado à equipa multidisciplinar, aproveitando este momento para partilha de experiências e esclarecimento de dúvidas.

No SRPD, na reunião realizada com a enfermeira orientadora para discussão do meu projeto de estágio, foi partilhado a existência de um *kit* de modelagem. Este *kit* de modelagem, já existente, tinha sido elaborado por uma colega também em contexto de estágio, onde se poderia visualizar a exemplificação em vários bonecos de materiais utilizados, nos diversos procedimentos de enfermagem, a que a criança é sujeita ao longo do seu processo de reabilitação. Tendo em conta isto, verbalizaram a necessidade de incluir nesse *kit* algo relacionado com a ostomia intestinal, numa perspetiva de atualização de conhecimentos, por parte da equipa de enfermagem, a nível da diversidade e aplicabilidade dos dispositivos e acessórios de ostomia. A existência de um *kit* de ostomia intestinal iria contribuir para a elevada diferenciação científica e técnica dos seus profissionais e, assim conseguirem capacitar a criança com ostomia intestinal e família de uma forma mais adequada e individualizada.

No âmbito do exercício da sua profissão, o enfermeiro é essencial no processo de reabilitação do doente ostomizado e sua família (Stetzer, 2021). Para tal deve desenvolver competências nesta área, a nível de capacitação técnica e humana, de forma a conseguir partilhá-las eficazmente com a criança e família (Monteiro et al., 2018; Stetzer, 2021). Neste sentido, surge a necessidade de elaborar um *kit* de ostomia de eliminação intestinal (Apêndice VIII) e de um cartaz de suporte à utilização do *kit* (Apêndice IX). O *Kit* é constituído por materiais que auxiliam os cuidados à ostomia, como dispositivos coletores, acessórios de ostomia e, modelos de abdómen com estomas, que irão possibilitar o treino dos dispositivos e acessórios, quer por parte do enfermeiro, quer da família e criança, com a finalidade de conseguir que o dispositivo coletor e acessório seja o mais adequado à criança, de acordo com as suas necessidades, fomentando assim a autonomia da criança. O cartaz ficou exposto na sala de tratamentos e foi elaborado com o intuito de ser fácil a sua visualização e consulta. Para a informação ficar mais consolidada elaborei um documento, onde consta toda a informação mais organizada e sustentada em autores de referência acerca dos dispositivos e acessórios para ostomia

(Apêndice X). Este documento foi deixado em papel e em formato digital, de forma a ir ao encontro dos interesses de toda a equipa e de ser de fácil acesso.

Nos Cuidados Intensivos Neonatais o estágio coincidiu com a elaboração do plano de formação para o ano de 2022, pelo que foi partilhado que uma das áreas a colmatar nesse plano era a ostomia de eliminação intestinal no RN, surgindo assim a necessidade de elaborar uma norma de cuidados ao RN com ostomia intestinal, como se pode ver no Apêndice IV, já referido anteriormente. A norma foi elaborada numa perspetiva de atualização de conhecimentos da equipa e de uniformização de cuidados, contribuindo desta forma para a elevada diferenciação científica e técnica dos profissionais.

Para a elaboração desta norma, as anteriores experiências de estágio e atividades realizadas, nomeadamente o curso de ostomia e toda aprendizagem adquirida, foram ferramentas de extrema utilidade. Porém, tendo em conta as especificidades e características do RN necessitei de realizar uma pesquisa bibliográfica mais restrita sobre esta temática.

De salientar que, ao longo da elaboração da norma houve articulação e discussão com a equipa de formadores do hospital na área da ostomia, bem como com a Enfermeira Orientadora de forma que, esta norma tivesse a melhor evidência e que fosse adaptada às especificidades do serviço, nomeadamente em relação aos dispositivos e acessórios disponíveis no hospital e também adequada às necessidades da equipa.

A discussão e reflexão com as enfermeiras orientadoras, em todos os contextos de estágios, foram pautadas de partilha de conhecimentos e experiências sempre com o foco na melhoria dos cuidados de enfermagem à criança com ostomia intestinal e sua família.

Com o avanço da tecnologia a nível dos cuidados de saúde, os profissionais de saúde deparam-se, cada vez mais, com crianças e famílias com necessidades especiais, como é o caso da presença de ostomia intestinal. Pelo que, compete ao enfermeiro a melhoria constante a nível da qualidade dos cuidados prestados através de um investimento científico (Uzsen et al., 2021). Com a operacionalização das atividades supra citadas, sinto que contribuí para uma prática de cuidados baseada na evidência.

Com estes objetivos específicos e através de todas as atividades realizadas, consegui desenvolver competências específicas do EE, nomeadamente a E2.3. e E2.5. (Regulamento nº 422/2018, 2018).

5. CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS

A realização deste relatório é o culminar de um processo de aprendizagem e de desenvolvimento pessoal e profissional, com a premissa de aprender para melhor cuidar.

Neste relatório está plasmada uma reflexão sistematizada de toda aprendizagem vivenciada ao longo da realização do estágio e que me permitiu o desenvolvimento e aquisição das competências de enfermeiro especialista e de mestre.

De uma forma geral, considero que os objetivos definidos foram concretizados, com a adaptação a cada contexto e experiência, que foi sendo necessária realizar. A clarificação dos vários conceitos abordados neste relatório foram uma constante preocupação. No decorrer do estágio, tive sempre o cuidado de aprofundar e melhorar conhecimentos, baseados na melhor evidência que, sustentou o desenvolvimento de todas as atividades de estágio e, a operacionalização deste relatório. Saliento, também, que consegui contribuir para a promoção da literacia em saúde, sobre a temática do *empowerment* parental e da ostomia intestinal na criança.

O exercício da profissão de enfermagem suscita-me, cada vez mais, uma reflexão de qual é a melhor direção para o seu desenvolvimento enquanto disciplina. Com o passar dos anos houve uma grande evolução na profissão de enfermagem, de forma a se prestar cuidados de enfermagem cada vez mais individualizados e baseados na melhor evidência científica, logo o conceito de enfermagem avançada faz todo o sentido no desenvolvimento e evolução da profissão. E foi este o pensamento que me orientou e motivou, na aquisição de competências especializadas na área de saúde infantil e pediátrica.

Foi uma caminhada com altos e baixos, mas o essencial que retiro desta experiência é todo o conhecimento desenvolvido, que se irá repercutir numa prestação de cuidados humanizados à criança e família, em especial na promoção do *empowerment* parental nos cuidados à criança com ostomia intestinal.

O percurso formativo ter sido desenvolvido em plena pandemia, instigou a uma constante reestruturação, o que produziu em mim o desenvolvimento da capacidade de adaptabilidade, fazendo-me crescer como profissional e pessoa.

O ter iniciado este percurso formativo pelo contexto onde desempenho funções, inicialmente causou-me alguma ansiedade e preocupação, relacionado com o facto de pensar que poderia ser difícil conseguir diferenciar o papel de aluno do de profissional do serviço e, isso limitar a minha experiência. Porém, sinto que foi bastante benéfico e que proporcionou uma visão mais abrangente e crítica da prestação de cuidados, ou seja, fomentou uma reflexão acerca da intervenção do enfermeiro, de forma a analisar as melhores estratégias a serem usadas com foco na melhoria da qualidade dos cuidados e na disseminação do conhecimento em enfermagem, que pautou a minha postura ao longo de todos os contextos de estágio.

A oportunidade de realizar um estágio com foco principal na prestação de cuidados à criança com ostomia intestinal e sua família, sendo uma temática com a qual me identifico e que trabalho diariamente, incentiva-me a continuar a desenvolver conhecimento nesta área.

No meu contexto clínico, a minha prestação de cuidados vai ser desenvolvida, agora, de forma especializada, privilegiando como áreas de intervenção, a promoção do *empowerment* parental na criança com ostomia intestinal, sob a filosofia dos cuidados centrados na família e os cuidados humanizados.

Pretendo, ser enfermeiro de referência, no hospital onde desempenho funções, na área da ostomia pediátrica, de forma a ser disseminador da prática baseada na evidência e, integrar a equipa de formadores dessa mesma área.

O término deste percurso formativo, desperta em mim a necessidade de continuar a investir na aquisição e no desenvolvimento de competências profissionais, no âmbito da promoção do *empowerment* parental na criança com ostomia intestinal. A elaboração de um guia orientador de boas práticas à criança com ostomia intestinal e família é algo que me suscita grande interesse. Para tal, tenciono continuar a procurar oportunidades de aprendizagem, fortalecendo o meu percurso académico e investindo na minha formação e desenvolvimento pessoal e profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Academy of Pediatrics. (2012). *Policy statement on patient- and family-centered care and the pediatrician's role*. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2012/01/25/peds.2011-3084>
- Amestoy, S. C., Trindade, L. L., Silva, G. T. R., Santos, B. P., Reis, V. R. S. S. & Ferreira, V. B. (2017). Liderança na enfermagem: do ensino ao exercício no ambiente hospitalar. *Escola Anna Nery*, 21 (4), 1-7. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2016-0276
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica: perspectiva desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Barroso, M. C. C. S., Santos, R. S. F. V., Santos, A. E. V., Nunes, M. D. R. & Lucas, E. A. J. C. F. (2020). Percepção das crianças sobre a punção venosa por meio do brinquedo terapêutico. *Acta Paulista de Enfermagem*, 33, 1-8. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0296>
- Batalla, M. L. C., González, M. J. G., Romero, C. M., Cano, A. M., Moreno, A. M. A., Muñoz, E. S., & Cardona, A. V. (2019). *Guía de atención integral al niño ostomizado*. Madrid: Coloplast Productos Médicos, S.A.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. (A. Albuquerque e B. Lourenço, Trad.). Coimbra: Quarteto Ed. (Obra original publicada em 2001).
- Coyne, I., Hallström, I. & Söderbäck, M. (2016). Reframing the focus from a family-centred to a child-centred care approach for children's healthcare. *Journal of child health care*, 1-9. DOI: 10.1177/1367493516642744
- Diogo, P. (2019). Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática (2.^a versão revista). <http://www.researchgate.net/publication/337447491>

- Direção-Geral da Saúde (2019). Manual de boas práticas, literacia em saúde: capacitação dos profissionais de saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2013). *Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: DSG.
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2020). *Programa Nacional de Vacinação*. Lisboa: DSG.
- Engenheiro, O., Geadas, C., Lobo, C., Azougado, C., Figueiredo, J. & Simpson, C. (2016). Benefícios do brincar terapêutico em crianças hospitalizadas. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 2(1), 489-501.
- Faria, T. F. & Kamada, I. (2020). Complicações de estomias e perfil clínico de crianças atendidas em um hospital de referência. *Estima*, 18, 1-8. https://doi.org/10.30886/estima.v18.911_PT
- Figueiredo, M. H. J. S. & Martins, M. M. F. S. (2010). Avaliação familiar: do modelo calgary de avaliação da família aos focos da prática de enfermagem. *Ciência, cuidado e saúde*, 9 (3), 552-559. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v9i3.12559
- Freitas, A. (2010). Metodologia de projeto: colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, 15, 1–37.
- Galanakis, M., Tsoli, S. & Darviri, C. (2016). The effects of patient empowerment scale in chronic diseases. *Psychology*. 7, 1369-1390. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4236/psych.2016.711138>
- George, J. B. (2000). *Teorias de enfermagem- os fundamentos à prática profissional*. 4ª edição. Porto Alegre: ARTMED.
- Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 354-361.

- Golubović, S., Milutinović, D., Ilić, S. & Đorđević, M. (2021). Empowerment Practice in Families Whose Child Has a Developmental Disability in the Serbian Context. *Journal of Pediatric Nursing*, 57, 15-22. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.09.010>
- Guimarães, C.A.F. (2004). O novo paradigma ecológico-holístico. Disponível em: <http://www.oocities.org/br/carlos.guimaraes/holistica.html>
- Harrison, T. M. (2010). Family-centered pediatric nursing care: state of the science. *Journal of Pediatric Nursing*, 25, 335 – 343.
- Hockenberry, M. J. & Barrera, P. (2014). Perspetivas de enfermagem pediátrica. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 1025-1060). Loures, Portugal: Lusodidata.
- Hockenberry, M. J. (2014). Comunicação e avaliação inicial da criança. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 1025-1060). Loures, Portugal: Lusodidata.
- Institute for Patient- and Family-Centered Care. (2017). Advancing the practice of patient- and family-centered care in hospitals, how to get started. Bethesda, MD: Institute for Patient- and Family-Centered Care.
- Institute for Patient- and Family-Centered Care. (2022). *What is patient- and family-centered care?* Acedido a 10/06/2022. Disponível em: <https://www.ipfcc.org/>
- Instituto de Apoio à Criança – IAC (2008). *Carta da criança hospitalizada*. 4ª edição. Lisboa: IAC.
- McElfresh, P. B. & Merck, T. T. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença crónica ou incapacidade. In M. J. Hockenberry, & D. Wilson, *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 897-930). Loures, Portugal: Lusodidata.
- McEvoy, L. & Duffy, A. (2008). Holistic practice: a concept analysis. *Nurse Education in Practice*, 8, 412-419. DOI: [10.1016/j.nepr.2008.02.002](https://doi.org/10.1016/j.nepr.2008.02.002)

- Melo, M. C., Vilas-Boas, B. N. F., Martins, B. L., Vasconcellos, A. W. A. & Kamada, I. (2020). Práticas no cuidado à criança estomizada: narrativa de familiares. *Revista brasileira de enfermagem*, 73 (2). 1-8. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0370>
- Monteiro, S. N. C., Carvalho, E. M. P., Medeiros, L., Silva, A. L. & Guilhem, D. (2018). Educação em saúde para crianças com estomas intestinais: o enfermeiro como mediador do cuidar. *Revista pesquisa qualitativa*, 6 (10), 44-59. <https://doi.org/10.33361/RPQ.2018.v.6.n.10.205>
- Norma nº 015/2016 (2017). *Indicações clínicas e intervenção nas ostomias de eliminação intestinal em idade pediátrica e no adulto*. Direção-Geral da Saúde. 1-38.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica –série 1, n.3, vol.2*. Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia orientador de boa prática – estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança –série 1, n.6*. Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Leiria: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Leiria: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Leiria: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Combater a desigualdade: da evidência à ação*. [s.l]: Ordem dos Enfermeiros.

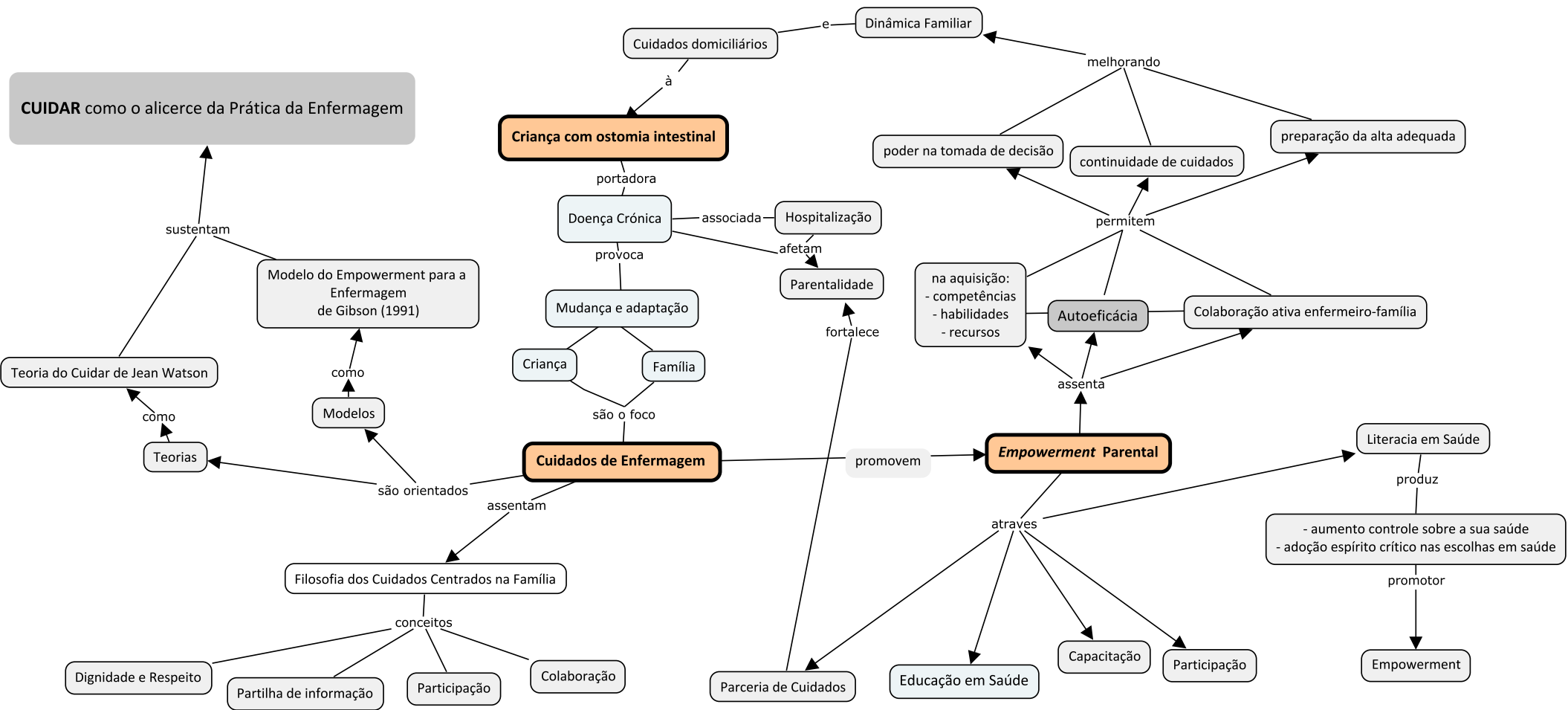
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Guia orientador de boa prática – adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. [s.l]: Ordem dos Enfermeiros.
- Pereira, C., Fernandes, L., Tavares, M. & Fernandes, O. (2011). Empowerment: modelo de capacitação para uma nova filosofia de cuidados. *Nursing*, 267.
- Ramos, A. L. (2020) A criança e o jovem como foco de cuidado: empoderamento da criança, jovem e família. In A. L. Ramos, & M. C. B. Figueiredo (Coords.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 12-24). Lisboa: Lidel.
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Ordem dos Enfermeiros. Diário da república, 2.^a série (Nº 26 de 06/02/2019), 4744-4750.
- Regulamento nº 422/2018 (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.^a Série (Nº 133 de 12-07-2018), 19192-19194.
- Ribeiro, O. M. P. L., Martins, M. M. F. P. S., Tronchin, D. M. R. & Forte, E. C. N. (2018). O olhar dos enfermeiros portugueses sobre os conceitos metaparadigmáticos de enfermagem. *Texto e contexto enfermagem*. 27 (2), 1-9. <https://doi.org/10.1590/0104-070720180003970016>
- Rodrigues, S. B., Parisod, H. & Salanterä, S. (2021). Examining empowerment interventions with families and preschool children: Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Health Education & Behavior*, 00 (0), 1-20. DOI: 10.1177/10901981211031444
- Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença e hospitalização. In M. J. Hockenberry, & D. Wilson (Eds.), *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 1025-1060). Loures, Portugal: Lusodidata.
- Santos, E. & Fernandes, A. (2004). Prática reflexiva: guia para a reflexão estruturada. *Referência*, 11 (3). 59-62.

- Schön, D. (1992). *La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la aprendizaje en las profissõeses*. Barcelona: Centro de Publicaciones del Ministerio de Educación y Ciencia y Ediciones Paidós Ibérica.
- Smith, W. (2018). Concept analysis of family-centered care of hospitalized pediatric patients. *Jornal of Pediatric Nursing*, 42, 57 – 64. DOI: [10.1016/j.pedn.2018.06.014](https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.06.014)
- Stetzer, M. N. (2021). Essential Ostomy Knowledge for Nurses: Promoting Adaptation in Children with New Ostomy and Their Caregivers. *Pediatric Nursing*, 47 (2), 71-78.
- Tamez, R. N. (2017). *Enfermagem na UTI Neonatal: Assistência ao recém-nascido de alto risco*. Rio de Janeiro: Guanabara koogan Ltda.
- Tomey A.M. & Alligood M.R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra*. 5ªedição.Loures: Lusociência.
- Uhl, T., Fisher, K., Docherty, S. L. & Brandon, D. H. (2013). Insights into patient and family-centered care through the hospital experiences of parents. *JOGNN*, 42, 121 – 131.
- Uzsen, H., Yaz, S. B. & Gumos, M. (2021). The Effect of Ostomy on Pediatric Patient and Family in Nursing – a systematic review. *Journal of Pediatric Surgical Nursing*, 10 (4), 153-158. DOI: 10.1097/JPS.0000000000000313
- Watson, J. (2002). *Enfermagem – Ciência Humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. (J. Enes, Trad.). Loures: Lusociência (Tradução do original do inglês Nursing – Human Science and Human Care. A Theory of Nursing, 1999).
- Zacarin, C. F. L., Borges, A. A. & Dupas, G. (2018). A experiência familiar de crianças e adolescentes com estoma gastrointestinais. *Ciência cuidado e saúde*, 2, 1-7. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v17i2.41278

APÊNDICES

APÊNDICE I

Mapa Conceptual



APÊNDICE II

Cronograma de Estágio

Ano	2021												2022													
Meses	Outubro			Novembro					Dezembro				Janeiro					Fevereiro				Março				
Dias	11 17	18 24	25 31	01 07	08 14	15 21	22 28	29 30	01 05	06 12	13 19	20 31	03 09	10 16	17 23	24 30	31	01 06	07 13	14 20	21 27	28 06	07 13	14 20	21 27	
Semanas	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	PAUSA NATAL	11ª	12ª	13ª	14ª	15ª	16ª	17ª	18ª	19ª	20ª	21ª	22ª			
Serviço de Cirurgia Pediátrica																		Elaboração Relatório de Estágio								
Serviço de Urgência																										
Serviço de Reabilitação Pediátrica e Desenvolvimento																										
Cuidados Intensivos Neonatais																										
USF																										

APÊNDICE III

Guia Orientador das Atividades de Estágio

**12.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria**

Unidade Curricular:
Estágio com Relatório

Guia Orientador das Atividades de Estágio

Lucília Maria Vieira Diogo Campos, n.º 10488


Professora Sónia Rodrigues


**Lisboa
Novembro 2021**

ÍNDICE

1. NOTA INTRODUTÓRIA.....	4
2. CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA	5
3. OBJETIVOS, ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER	7
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	12

1. NOTA INTRODUTÓRIA

No âmbito da Unidade Curricular “Estágio com Relatório”, inserida no 12.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, foi proposta a realização de um guia orientador das atividades de estágio, com a finalidade de explanar sucintamente o projeto a desenvolver, bem como servir de apoio e orientação das atividades a desenvolver ao longo do estágio, com o objetivo de facilitar a aquisição e o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista, Comuns e na área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, definidas pela Ordem dos Enfermeiros (Regulamento nº 422/2018, 2018; Regulamento nº 140/2018, 2019).

O meu projeto intitula-se “**O enfermeiro como promotor do *empowerment* parental nos cuidados à criança com ostomia intestinal**”.

A minha experiência profissional, de 14 anos, foi sempre desenvolvida em contexto pediátrico, nomeadamente num serviço de internamento de cirurgia pediátrica. O caminho até ao tema foi iniciado por um levantamento de necessidades através da identificação de uma preocupação no contexto profissional, constatando-se uma grande prevalência de crianças, com ostomia intestinal, em que a intervenção do enfermeiro é pouco estruturada e organizada, dificultando assim o transmitir de conhecimentos e habilidades à família, uma vez que estas crianças necessitam de cuidados especializados que transitam para o domicílio. Esta intervenção do enfermeiro com o foco na educação para a saúde é frequentemente realizada muito próxima do momento da alta, gerando alguma ansiedade na família. Mediante este problema, constatámos em equipa a necessidade de se desenvolver propostas de intervenção, promotoras do *empowerment* parental para os cuidados à criança com ostomia intestinal, fomentando assim eficazmente a educação para a saúde.

O projeto que apresento tem como objetivos gerais:

- 1) Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança, jovem e família e nos seus processos de saúde-doença, nos diferentes contextos pediátricos.
- 2) Desenvolver competências específicas na prestação de cuidados de enfermagem especializados, no âmbito do *empowerment* parental nos cuidados à criança com ostomia intestinal.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

A presença de uma ostomia na idade pediátrica constitui um processo de mudança e adaptação na vida da criança e da sua família (Melo, Vilas-Boas, Martins, Vasconcellos & Kamada, 2020). A criança e família necessitam de tempo para se adaptarem à presença desta nova realidade (ostomia), às alterações decorrentes da mesma, bem como aos cuidados que irão transitar para o domicílio (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

O enfermeiro possui um papel preponderante na adaptação da criança e família à ostomia (Stetzer, 2021). Para tal, o enfermeiro deve desenvolver competências a nível da educação para a saúde de forma a promover a capacitação da criança e família assegurando assim uma melhoria significativa dos cuidados domiciliários, o que resulta em crianças e família confiantes (Norma n.º 015/2016, 2017; Monteiro, Carvalho, Medeiros, Silva & Guilhem, 2018).

O avanço da tecnologia e da evidência científica na área da saúde conduziram a um crescimento na prevalência de crianças com doença crónica (McElfresh & Merck, 2014).

As necessidades de saúde destas crianças exigem um elevado grau de competências exigindo, por vezes, conhecimentos diferenciados, como por exemplo no âmbito de tecnologia e de cuidados específicos para a prestação de cuidados e desenvolvimento da autonomia da família na transição para o domicílio (McElfresh & Merck, 2014). Torna-se assim um desafio para o enfermeiro em corresponder com cuidados inovadores e proativos, através de uma intervenção direcionada para a participação e capacitação, surgindo assim a importância do conceito do *empowerment* (Pereira, Fernandes, Tavares & Fernandes, 2011).

O *empowerment* pode ser definido como um processo pelo qual a pessoa é capaz de assumir o poder sobre as suas necessidades, questões e decisões relativas à sua saúde (Rodrigues, Parisod & Salanterä, 2021). Nesta perspetiva, o *empowerment* é encarado como um processo de colaboração ativa entre os profissionais de saúde e a família, que em conjunto trabalham focados no melhor para a criança (Golubović, Milutinović, Ilić & Dordević, 2021). Os princípios do *empowerment* assentam no pressuposto de que a família adquire conhecimentos, habilidades e recursos que lhe permite alcançar o controle sobre

as suas próprias decisões e uma maior independência na tomada de decisão relacionada com a sua vida e com a do filho (Golubović et al., 2021).

O *empowerment* parental é extremamente importante na medida em que o enfermeiro deve desenvolver momentos, para que a família expresse e demonstre as suas capacidades, de forma adquirirem novas competências de acordo com as necessidades da criança, fomentando assim os cuidados centrados na família (Sanders, 2014).

Na criança com ostomia, a preparação da alta deve ser um processo precoce, envolvendo a criança e família no planeamento e execução dos cuidados, de forma a promover a continuidade dos cuidados e uma dinâmica familiar facilitadora da adaptação a esta nova realidade (OE, 2011).

Perante esta nova situação, a intervenção do enfermeiro deve ser focada na educação para a saúde, usando estratégias educativas adequadas às necessidades de cada criança/família, possibilitando momentos propícios de discussão com a família, para reforçar assim a importância das melhores práticas (Monteiro et al., 2018).

A educação em saúde é encarada como uma ferramenta essencial para o desenvolvimento saudável da criança, bem como para estimular o *empowerment* parental, conceito tão importante na adaptação à ostomia intestinal (Monteiro et al., 2018).

3. OBJETIVOS, ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER

Objetivo geral 1: Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança, jovem e família, nos seus processos de saúde-doença, nos diferentes contextos pediátricos.				
Unidades de competência a desenvolver: E1.1; E1.2; E2.1; E2.2; E2.3; E2.5; E3.1; E3.2; E3.3, E3.4 (Regulamento nº422/2018, 2018) A1.1; A2.1; A2.2; B1.1; B2.2; B3.1; C1.1; C1.2; C2.1; C2.2; D1.1; D2.1; D2.2 (Regulamento n.º 140/2019, 2019)				
Objetivos específico	Atividades		Local	Recursos
	Duração	Descrição		
1.1. Conhecer o contributo do EESIP na dinâmica organizacional e a sua intervenção na melhoria da qualidade dos cuidados prestados à criança e família.	Ao longo de todo o estágio	⇒ Realização de reunião com a enfermeiro chefe e orientador, para apresentação do projeto de estágio; ⇒ Conhecimento de projetos, protocolos e normas vigentes no serviço; ⇒ Consulta de programas protocolos, normas e <i>guidelines</i> ; ⇒ Observação da dinâmica do serviço; ⇒ Observação da intervenção do EEESIP na equipa multidisciplinar; ⇒ Observação da prestação de cuidados do EEESIP à criança e família; ⇒ Identificação de oportunidades de melhoria, de acordo com as necessidades existentes e, cada contexto de estágio; ⇒ Discussão e reflexão sobre a intervenção do EEESIP com o enfermeiro e docente orientador.	Serviço de Reabilitação Pediátrica e Desenvolvimento (SRPD) USF Urgência de Pediatria Serviço de Cirurgia Pediátrica Unidade de Cuidados Intensivos de Neonatais (UCIN)	Físicos: Os serviços / Locais de estágio. Materiais: -Documentação das instituições; -Bibliografia de referência; -Documentos do enquadramento legal e ético da profissão e políticas de saúde. Humanos: -Equipa multidisciplinar -Docente orientador; -Criança e família.

1.2. Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança e família na maximização e/ou restabelecimento da sua saúde.	Ao longo de todo o estágio	⇒ Realização de pesquisa bibliográfica de acordo com as especificidades de cada local de estágio; ⇒ Observação da intervenção do EEESIP na prestação de cuidados à criança e família; ⇒ Colaboração com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados; ⇒ Promoção de uma relação terapêutica com a criança e família fomentada numa comunicação eficaz e adequada aos diferentes estádios de desenvolvimento; ⇒ Identificação de situações que representem risco para a criança/ jovem ou que possam afetar negativamente a sua vida, bem como a qualidade de vida; ⇒ Mobilização da filosofia dos cuidados centrados na família na prestação de cuidados, envolvendo a criança e família em todo o processo de cuidar; ⇒ Colaboração na prestação de cuidados de enfermagem à criança em situação de particular exigência; ⇒ Discussão e reflexão sobre a intervenção do EEESIP com o enfermeiro e docente orientador.	Serviço de Reabilitação Pediátrica e Desenvolvimento (SRPD) USF Urgência de Pediatria Serviço de Cirurgia Pediátrica Unidade de Cuidados Intensivos de Neonatais (UCIN)	Físicos: Os serviços / Locais de estágio. Materiais: -Bibliografia de referência. Humanos: -Equipa multidisciplinar -Docente orientador; -Criança e família.
1.3. Desenvolver competências de enfermagem especializadas na promoção do	2 semanas	⇒ Pesquisa bibliográfica sobre o desenvolvimento infantil; ⇒ Colaboração na consulta de enfermagem de saúde infantil, de acordo com o preconizado pelo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil;	Serviço de Reabilitação Pediátrica e Desenvolvimento (SRPD)	Físicos: Os serviços / Locais de estágio. Materiais: -Bibliografia de referência. Humanos: -Equipa multidisciplinar

crescimento e desenvolvimento da criança.	4 semanas	⇒ Desenvolvimento de habilidades comunicacionais adequadas aos diferentes estádios de desenvolvimento da criança / jovem e família, com respeito pelas suas crenças e cultura; ⇒ Discussão e reflexão sobre a intervenção do EEESIP com o enfermeiro e docente orientador.	USF	-Docente orientador; -Criança e família.
1.4. Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao recém-nascido de risco e sua família	4 semanas	⇒ Pesquisa bibliográfica relacionada com a temática; ⇒ Observação da intervenção do EEESIP na prestação de cuidados ao recém-nascido de risco e sua família; ⇒ Promoção de uma relação terapêutica com a família através de uma comunicação eficaz e adequada; ⇒ Promoção da filosofia dos cuidados centrados na família, na prestação de cuidados ao recém-nascido, negociando o envolvimento dos pais/família; ⇒ Identificação de estratégias promotoras da parentalidade e da vinculação; ⇒ Discussão e reflexão sobre o cuidado especializado do EEESIP ao recém-nascido e sua família, com o enfermeiro e docente orientador.	Unidade de Cuidados Intensivos de Neonatais (UCIN)	Físicos: Os serviços / Locais de estágio. Materiais: -Bibliografia de referência. Humanos: -Equipa multidisciplinar -Docente orientador; -Criança e família.
Indicadores de avaliação: Documentos elaborados ao longo dos estágios. Análise crítica e reflexiva sobre o contributo das aprendizagens para aquisição de competências do EEESIP.				

Objetivo geral 2: Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados no âmbito do <i>empowerment</i> parental nos cuidados à criança com ostomia intestinal.				
Unidades de competência a desenvolver: E1.1; E2.5; E 3.1; E3.3 (Regulamento nº422/2018, 2018) B2.2; D2.1; D2.2 (Regulamento n.º 140/2019, 2019)				
Objetivos específico	Atividades		Local	Recursos
	Duração	Descrição		
2.1. Sensibilizar a equipa multidisciplinar para a importância do <i>empowerment</i> parental nos cuidados à criança	Durante todo o estágio	⇒ Conhecimento da existência de projetos/normas relacionados com temática a abordar; ⇒ Discussão com o orientador e equipa da pertinência do tema; ⇒ Identificar as estratégias utilizadas pela equipa para a promoção do <i>empowerment</i> parental nos cuidados à criança; ⇒ Realizar, se necessário, alguma intervenção para colmatar lacunas nesta área; ⇒ Sensibilização da equipa para promover uma parceria com a família, com vista ao envolvimento, participação e capacitação nos cuidados; ⇒ Identificação de oportunidades para trabalhar com a família, no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde; ⇒ Mobilização de estratégias para fomentar o conhecimento e aquisição de habilidades especializadas à família, de forma a facilitar o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença;	Serviço de Reabilitação Pediátrica e Desenvolvimento (SRPD) USF Urgência de Pediatria Serviço de Cirurgia Pediátrica Unidade de Cuidados Intensivos de Neonatais (UCIN)	Físicos: Os serviços / Locais de estágio. Materiais: -Bibliografia de referência. Humanos: -Equipa multidisciplinar -Docente orientador; -Criança e família.

		⇒ Discussão e reflexão sobre a intervenção do EEESIP com o enfermeiro e docente orientador.		
2.2. Desenvolver propostas de intervenção promotoras do <i>empowerment</i> parental para os cuidados à criança com ostomia intestinal	Durante todo o estágio	⇒ Exposição da problemática à equipa multidisciplinar; ⇒ Reuniões e momentos de partilha de ideias com a equipa multidisciplinar; ⇒ Elaboração de propostas de intervenção promotoras do <i>empowerment</i> parental nos cuidados à criança com ostomia intestinal; ⇒ Discussão e reflexão com a enfermeira e docente orientadora, acerca das propostas de intervenção.	Serviço de Reabilitação Pediátrica e Desenvolvimento USF Urgência de Pediatria Serviço de Cirurgia Pediátrica Cuidados intensivos neonatais	Físicos: Os serviços / Locais de estágio. Materiais: -Bibliografia de referência. Humanos: -Equipa multidisciplinar -Docente orientador; -Criança e família.
Indicadores de avaliação: Documentos realizados ao longo dos estágios com foco na divulgação e exposição da problemática à equipa multidisciplinar;				

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Golubović, S., Milutinović, D., Ilić, S. & Dordević, M. (2021). Empowerment Practice in Families Whose Child Has a Developmental Disability in the Serbian Context. *Journal of Pediatric Nursing*, 57, 15-22. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.09.010>
- McElfresh, P. B. & Merck, T. T. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença crónica ou incapacidade. In M. J. Hockenberry, & D. Wilson (Eds.), *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 897-930). Loures, Portugal: Lusodidata.
- Melo, M. C., Vilas-Boas, B. N. F., Martins, B. L., Vasconcellos, A. W. A. & Kamada, I. (2020). Práticas no cuidado à criança estomizada: narrativa de familiares. *Revista brasileira de enfermagem*, 73 (2). 1-8. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0370>
- Monteiro, S. N. C., Carvalho, E. M. P., Medeiros, L., Silva, A. L. & Guilhem, D. (2018). Educação em saúde para crianças com estomas intestinais: o enfermeiro como mediador do cuidar. *Revista pesquisa qualitativa*, 6 (10), 44-59. <https://doi.org/10.33361/RPQ.2018.v.6.n.10.205>
- Norma nº 015/2016 (2017). *Indicações clínicas e intervenção nas ostomias de eliminação intestinal em idade pediátrica e no adulto*. Direção-Geral da Saúde. 1-38.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica –série 1, n.3, vol.2*. Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Pereira, C., Fernandes, L., Tavares, M. & Fernandes, O. (2011). Empowerment: modelo de capacitação para uma nova filosofia de cuidados. *Nursing*, 267.
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Ordem dos Enfermeiros. Diário da república, 2.^a série (Nº 26 de 06/02/2019), 4744-4750.
- Regulamento nº 422/2018 (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.^a Série (Nº 133 de 12-07-2018), 19192-19194.

- Rodrigues, S. B., Parisod, H. & Salanterä, S. (2021). Examining empowerment interventions with families and preschool children: Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Health Education & Behavior*, 00 (0), 1-20. DOI: 10.1177/10901981211031444
- Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença e hospitalização. In M. J. Hockenberry, & D. Wilson (Eds.), *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 1025-1060). Loures, Portugal: Lusodidata.
- Stetzer, M. N. (2021). Essential Ostomy Knowledge for Nurses: Promoting Adaptation in Children with New Ostomy and Their Caregivers. *Pediatric Nursing*, 47 (2), 71-78.

APÊNDICE IV

Norma de Cuidados ao RN com Ostomia de eliminação intestinal

Departamento de Pediatria Unidade de Cuidados Intensivos de Neonatologia	
NORMA <i>Cuidados de enfermagem ao recém-nascido com ostomia de eliminação intestinal</i>	
Elaborado por: Lucília Campos, Mestranda do 12.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), sob orientação da Enfermeira e Professora Sónia Rodrigues, ESEL. Elaborado em: Janeiro 2022	Revisto por:
Aprovado em:	

I. OBJETIVOS

Esta norma tem como objetivos:

- Uniformizar a prestação de cuidados ao recém-nascido com ostomia de eliminação intestinal.
- Promover a integridade cutânea peri-estoma.

II. ÂMBITO

A presente norma será para ser aplicada na Unidade de Cuidados Intensivos de Neonatologia (UCIN) do Departamento de Pediatria.

III. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O avanço da tecnologia e da evidência científica na área da saúde conduziram a um crescimento na prevalência de crianças com doença crónica, como é o caso da ostomia de eliminação intestinal (McElfresh & Merck, 2014). As necessidades de saúde destas crianças exigem um elevado grau de competências exigindo, por vezes, conhecimentos diferenciados, como por exemplo no âmbito de tecnologia e de cuidados específicos para a prestação de cuidados e desenvolvimento da autonomia da família na transição para o domicílio (McElfresh & Merck, 2014).

A palavra ostomia é de origem grega, que tem o significado de abertura de um órgão oco, realizada cirurgicamente, no qual o órgão passa a estar em contato com a superfície da pele, no caso da ostomia intestinal para possibilitar o esvaziamento intestinal (Zacarin, Borges & Dupas, 2018). As ostomias de eliminação intestinal podem ser de dois tipos: ileostomia ou colostomias (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011).

A colostomia é uma porção do cólon e a ileostomia é uma porção do íleon, ambas exteriorizadas através da parede abdominal, em que no caso da colostomia normalmente ficam situadas na região da fossa ilíaca à esquerda, enquanto a ileostomia é na fossa ilíaca à direita (OE, 2011).

O estoma normalmente tem um aspeto arredondado, avermelhado, húmido, macio ao toque e indolor (Tamez, 2017).

De acordo com Batalla et al. (2019), a ostomia pode ser classificada de acordo com determinadas características, tais como:

- ⇒ Função: podendo ser alimentar (como a gastrostomia); respiratória (como a traqueostomia) e de eliminação. A de eliminação pode ser de carácter urinário ou intestinal (sendo as mais comuns a colostomia e a ileostomia).
- ⇒ Duração: a ostomia pode ser temporária ou definitiva.
- ⇒ Forma: em que o estoma pode ser plano, proeminente ou retraído.
- ⇒ Localização anatómica: se for uma derivação a nível do colon (colostomia) ou íleon (ileostomia).

O recém-nascido com ostomia requer uma variabilidade de cuidados exclusivos relacionados com a conservação da integridade da pele, com a troca e manutenção do dispositivo coletor, com o tratamento das complicações que podem surgir e com a própria adaptação ao novo modo de vida, ou seja, presença de uma nova realidade, a ostomia.

O cuidado ao estoma tem como principais objetivos: manter a pele limpa, prevenir complicações e causar o menor desconforto possível à criança.

No período neonatal a ostomia, normalmente, é uma medida temporária na correção cirúrgica das malformações congénitas (OE, 2011). As malformações congénitas são a principal causa para a realização de ostomia intestinal no recém-nascido, tais como a malformação anorretal, doença de hirschsprung, gastrosquisis e atresia intestinal (OE, 2011; Stetzer, 2021). A situação não congénita, mais frequente, que pode levar a que o recém-nascido necessite de ostomia intestinal é a enterocolite necrosante (Stetzer, 2021).

A enterocolite necrosante é a emergência cirúrgica gastrointestinal mais comum no recém-nascido, em especial no grande prematuro (Batalla et al., 2019). É uma doença caracterizada, segundo Tamez (2017) “por necrose da mucosa e da submucosa do intestino delgado ou da porção proximal do cólon (...) consequência de um processo isquémico isolado ou confluyente” (p. 290). Se a situação for detetada numa fase inicial estas lesões são reversíveis, caso não o seja pode evoluir para necrose e perfuração intestinal (Tamez, 2017).

A enterocolite necrosante é uma das principais causas de mortalidade no recém-nascido, facto este relacionado principalmente com a prematuridade e a alimentação entérica com leite artificial em detrimento do leite materno, que é considerado um fator de proteção para esta doença (Tamez, 2017; Batalla et al., 2019).

A incidência da enterocolite necrosante, segundo Batalla e colaboradores (2019), é avaliada em cerca de 1 a 3 por 1000 recém-nascidos vivos e de 1 a 7.7% dos recém-nascidos internados em unidades neonatais, sendo que esta incidência aumenta, entre 2 e 10%, com a prematuridade e o baixo peso à nascença (menos de 1.500 gramas). A mortalidade, segundo os mesmos autores, varia entre 20 e 50% (Batalla et al., 2019).

Esta doença pode provocar várias complicações, a longo prazo, no recém-nascido como alterações no neurodesenvolvimento (Tamez, 2017).

Em 2016, Resende, Faria, Taborda, Mimoso e Lemos publicaram um artigo onde é explanado um estudo que avalia a morbidade neonatal, mortalidade e sequelas no neurodesenvolvimento em recém-nascidos de extremo baixo peso, internados numa unidade de cuidados intensivos neonatais portuguesa. Deste estudo concluíram que a sépsis e a enterocolite necrosante foram responsáveis por 48% das mortes hospitalares, bem como a enterocolite necrosante e o peso ao nascimento inferior a 700 g associam-se a uma maior morbi-mortalidade e a um aumento das sequelas graves a longo prazo.

Compete assim ao enfermeiro o desenvolvimento de competências na área da ostomia, o que lhe vai permitir atuar em todas as especificidades exigidas nos cuidados à criança com ostomia de eliminação intestinal e sua família.

IV. RESPONSÁVEIS PELA APLICAÇÃO DA NORMA

Todos os enfermeiros da UCIN.

V. PROCEDIMENTO

De seguida irão ser enumerados todos os cuidados, de acordo com a orientação da Ordem dos Enfermeiros [OE] (2011), Direção Geral da Saúde [DGS] (2017) e diretrizes de organizações/associações peritas na área da ostomia pediátrica (Batalla et al., 2019; Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society [WOCN], 2020; *The Royal Children's Hospital Melbourne*, 2022), constituídas por enfermeiros estomaterapeutas.

CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO COM OSTOMIA INTESTINAL	
Intervenções	Justificação
1º) Organizar todo o material necessário: ✓ Dispositivo coletor mais adequado: ⇒ 2 peças, em que a base da placa seja plana; ⇒ Saco coletor pode ser fechado (presença de colostomia) ou aberto (presença de ileostomia: fezes	▪ A escolha do dispositivo deve ter em consideração os princípios de segurança (bom ajuste ao estoma e aderência à pele peri-estoma; proteção da pele e conforto), garantia de conservação da integridade da pele peri-estoma e facilidade. ▪ O dispositivo de 2 peças existente para o recém-nascido (Anexo I) promove uma maior

líquidas); ⇒ Saco de cor transparente. ✓ Molde para medir o estoma ✓ Tesoura ✓ Soro Fisiológico 0.9% à temperatura corporal ✓ Compressas TNT (tecido não tecido) ✓ Acessórios para ostomia (Apêndice I) ✓ Luvas limpas e esterilizadas ✓ Saco para o lixo	flexibilidade. ▪ O saco transparente permite uma visualização adequada do estoma e do efluente.
2º) Posicionar o recém-nascido	▪ Antes do procedimento devem ser proporcionadas todas as condições de conforto ao recém-nascido (em caso de desconforto/dor consultar a Norma “Avaliação e Registo da Dor na Criança”). ▪ Envolver os pais nos cuidados, caso seja possível, promovendo assim a vinculação e a participação nos cuidados. ▪ Preferencialmente, este procedimento deve ser realizado por 2 profissionais.
3º) Remover o dispositivo usado: ✓ Deve ser retirado suavemente, podendo segurar-se a pele com uma mão e descolando com a outra, diminuindo assim o atrito. Pode-se também recorrer ao uso do protetor cutâneo em spray.	▪ Proteção da pele e prevenção de lesões da pele peri-estoma.
4º) Observar a parte de trás da placa retirada	▪ Após se retirar a placa, deve-se observar o lado que adere à pele para se verificar sinais de desgaste e fugas de efluente e como o podemos prevenir. ▪ A identificação do local da fuga/extravasamento de efluente, fornece informação onde podemos atuar através do uso de acessórios de ostomia, como por exemplo aplicar produtos com função de nivelamento (Apêndice I).
5º) Limpar e secar a pele e estoma: ✓ A pele deve ser limpa com compressas TNT (tecido não tecido) com Cloreto de Sódio 0.9% à temperatura corporal. ✓ Não se deve usar algodão e produtos que contenham óleos ou loções, pois interferem com aderência da placa à pele.	▪ A limpeza e secagem do estoma e pele peri-estoma adequadas proporcionam uma melhor aderência da placa à pele.

✓ A pele peri-estoma e o estoma devem ser secos com compressas TNT, usando movimentos suaves e sem esfregar. ✓ O estoma é altamente vascularizado, pelo que é normal na limpeza e secagem do mesmo a compressa apresentar sangue. Porém, se o <u>estoma apresentar hemorragia ativa a equipa médica deve ser informada.</u> Nesse tempo deve-se proceder à compressão suave sobre o estoma, com compressas secas. Não aplicar produtos com efeito hemostático, como por ex. Spongostan®. ✓ Pode ser preciso aplicar uma compressa sobre o estoma para absorver o efluente drenado durante os cuidados, tendo o cuidado de ser retirada para aplicação do dispositivo.	
6º) Observar a pele peri-estoma: ✓ Após a pele circundante ao estoma ser bem limpa e posteriormente seca, deve ser bem observada, de forma a detetar-se, o mais precocemente, irregularidades da pele e alterações cutâneas e proceder ao respetivo tratamento. ✓ Observar e identificar as irregularidades da pele, como depressões/pregas irá possibilitar o uso de acessórios de ostomia, como os de função de nivelamento da pele, ou mesmo acessórios de proteção (Apêndice I).	▪ A devida observação da pele promove uma deteção precoce de possíveis lesões e irregularidades da pele, com consequência da escolha do melhor dispositivo e tratamento ▪ As lesões cutâneas devem ser corretamente identificadas, de forma a se realizar o tratamento mais adequado. As mais frequentes são a maceração, eritema e a infeção fúngica (Apêndice II).
7º) Observar o estoma, de acordo com: ✓ Cor/aparência do estoma; ✓ Estrutura do estoma; ✓ Anastomose mucocutânea, ou seja, entre o estoma e a pele; ✓ Volume e características do efluente.	O estoma deve ser observado e analisado tendo em conta determinadas características, tais como: ▪ <u>Cor / aparência:</u> o estoma deve ter uma coloração rosa/vermelho, um aspeto húmido e proeminente a nível do abdómen. Em relação à sua forma pode ser redonda, oval ou irregular. O estoma nos primeiros dias pós-operatório pode apresentar algum edema, que diminuirá ao longo do tempo, podendo estabilizar ao longo de 6 a 8 semanas pós-

	operatório. Pelo que, ao longo desse tempo o estoma deve ser medido regularmente a cada troca de dispositivo. De salientar que, na doença de Hirschsprung, em que os estomas são efetuados para corrigir ou aliviar condições em que o intestino está dilatado, nestes pode-se observar uma redução maior de tamanho à medida que o intestino descomprime. ▪ <u>Estrutura:</u> ↳ Normal: acima da linha da pele entre 0.5-1 cm; ↳ Retraído: estoma abaixo no nível da pele, sendo que este tipo de estoma pode provocar problemas na manutenção da integridade da pele, pelo que os dispositivos e acessórios devem ser escolhidos tendo em conta esta particularidade; ↳ Prolapso: protusão do estoma (2-3 cm do normal). Um estoma prolapsado pode necessitar de correção cirúrgica, porém precisa de ser vigiado. Deve-se relatar o comprimento do mesmo, bem como a sua perfusão e aspeto. ▪ <u>Junção mucocutânea (junção entre a pele e o estoma):</u> ↳ Intacto: suturas intactas no redor de todo o estoma; ↳ Deiscência da anastomose mucocutânea: uma área da sutura apresentar deiscência, ou seja, uma separação entre o estoma e a pele. Esta situação deve ser relatada à equipa médica, pois pode haver necessidade de alguma correção cirúrgica. ▪ <u>Volume e características do efluente</u>
8º) Medir o estoma e cortar a placa, de forma a ser aplicada na pele	▪ O orifício da placa deve ser do tamanho e forma o mais adaptado possível ao estoma, com a finalidade de se prevenir complicações/lesões da pele peri-estoma. ▪ Podem ser usado os moldes de medir os estomas (Anexo II).

	▪ Em estomas com forma irregular ou oval o uso destes moldes não é eficaz, exigindo um molde personalizado. Este molde personalizado pode ser feito da seguinte forma: colocar uma folha de plástico ou celulose transparente e flexível sobre o estoma e marcar os pontos mais largos e mais estreitos do estoma, unindo depois estes mesmos pontos com caneta e posteriormente passar esse mesmo molde para a parte de trás da placa a ser usada (na película que se retira para aplicar a placa à pele). Este molde (papel protetor da placa) deve ser guardado, usando-o como ponto de partida para a medição na próxima troca do dispositivo. ▪ A placa depois de cortada, deve-se confirmar que não existem arestas na mesma, prevenindo agressões ao estoma.
9º) Aplicar os acessórios que sejam necessários	▪ Avaliar a necessidade e a função dos acessórios a serem usados (Apêndice II).
10º) Aplicar a placa na pele: ✓ A placa deve ser aplicada, iniciando por encostar a parte inferior do dispositivo ao bordo inferior do estoma, posteriormente ir aplicando suavemente a parte adesiva da placa à pele e sempre de baixo para cima.	▪ Esta forma de aplicar a placa permite uma melhor observação/visualização do estoma, logo melhor aplicação da placa.
11º) Colocar a mão sobre a placa que foi aplicada na pele, cerca de 1 a 2 minutos, aquecendo-a, promovendo a aderência da placa à pele	▪ Após o dispositivo (placa e saco) já estar aplicado na pele deve ser pressionado durante alguns segundos com a mão aberta sobre o mesmo, para este aderir melhor à pele. ▪ Verificar sempre a fixação do saco à placa, para evitar fugas.
12º) Despejo do saco coletor	▪ O saco deve ser despejado quando estiver com 1/3 da capacidade, ou se tiver que ser contabilizado, esvaziando-o para um recipiente. ▪ A zona de despejo/drenagem deve ser limpa após estas manipulações. ▪ O conteúdo deve ser observado tendo em conta o volume e características do efluente, como cor, cheiro e consistência.

VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barroso, M. C. C. S., Santos, R. S. F. V., Santos, A. E. V., Nunes, M. D. R. & Lucas, E. A. J. C. F. (2020). Percepção das crianças sobre a punção venosa por meio do brinquedo terapêutico. *Acta Paulista de Enfermagem*. 33, 1-8.
- Batalla, M.L.C., González, M. J. G., Romero, C. M., Cano, A. M., Moreno, A. M. A., Muñoz, E. S., & Cardona, A. V. (2019). *Guía de atención integral al niño ostomizado*. Madrid: Coloplast Productos Médicos, S.A.
- Engenheiro, O., Geadas, C., Lobo, C., Azougado, C., Figueiredo, J. & Simpson, C. (2016). Benefícios do brincar terapêutico em crianças hospitalizadas. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*. 2(1), 489-501.
- McElfresh, P. B. & Merck, T. T. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença crónica ou incapacidade. In M. J. Hockenberry, & D. Wilson, *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 897-930). Loures, Portugal: Lusodidata.
- Melo, M. C., Vilas-Boas, B. N. F., Martins, B. L., Vasconcellos, A. W. A. & Kamada, I. (2020). Práticas no cuidado à criança estomizada: narrativa de familiares. *Revista brasileira de enfermagem*. 73 (2). 1-8.
- Norma nº 015/2016 (2017). Indicações clínicas e intervenção nas ostomias de eliminação intestinal em idade pediátrica e no adulto. Direção-Geral da Saúde. 1-38.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica –série 1, n.3, vol.2*. Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Peixoto, P. (2014). Ostomias. In Afonso, C. et al. (Coord.) *Prevenção e tratamento de feridas – da evidência à prática*, (pp. 345-379). Porto: Care4Wounds.
- Resende, C., Faria, D., Taborda, A., Mimoso, G. & Lemos, C. (2016). Sobrevida e sobrevida sem sequelas graves no neurodesenvolvimento em recém-nascidos de extremo baixo peso. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 47, 228-36.
- Stetzer, M. N. (2021). Essential Ostomy Knowledge for Nurses: Promoting Adaptation in Children with New Ostomy and Their Caregivers. *Pediatric Nursing*. 47 (2), 71-78.
- Tamez, R. N. (2017). *Enfermagem na UTI Neonatal: Assistência ao recém-nascido de alto risco*. Rio de Janeiro: Guanabara koogan ltda.
- The Royal Children’s Hospital Melbourne. (2020). Neonatal fecal stoma care. Disponível em: https://www.rch.org.au/rchcpg/hospital_clinical_guideline_index/Neonatal_Fecal_Stoma_Care/ Acedido a: 24/01/2022.
- Wound, Ostomy and Continence Nurses Society (WOCN). (2020). *Pediatric ostomy care best practice for clinicians*. [s.l]: WOCN. Disponível em: https://cdn.ymaws.com/member.wocn.org/resource/resmgr/document_library/PEDIATRIC_OSTOMY_COMPLICATIO.pdf

- Zacarin, C. F. L., Borges, A. A. & Dupas, G. (2018). A experiência familiar de crianças e adolescentes com estoma gastrointestinais. *Ciência cuidado e saúde*. 2, 1-7.



“Cuidados de enfermagem ao recém-nascido com ostomia de eliminação intestinal”

APÊNDICES



“Cuidados de enfermagem ao recém-nascido com ostomia de eliminação intestinal”

APÊNDICE I

Acessórios para ostomia

“Cuidados de enfermagem ao recém-nascido com ostomia de eliminação intestinal”

Acessórios para ostomia		
Função	Designação	Descrição
Suporte	Tiras de fixação	⇒ Material antialérgico, hidrocolóide ou silicone para aumento da área de adesividade das placas à pele ⇒ É adaptável às diferentes formas do corpo
Proteção	Protetor cutâneo em spray ou toalhete	⇒ Aplicado na pele forma uma película protetora incolor e transparente, tornando-se uma barreira contra fluídos e lesões cutâneas provocadas por trocas frequentes de dispositivos coletores, por exemplo na maceração ⇒ Promove a aderência do dispositivo ⇒ Previne a possibilidade de dor e irritação durante a remoção de produtos adesivos (placa) NOTA: Confirmar a existência de álcool na sua composição: os que contenham álcool não podem ser usados no recém-nascido pré-termo.
Cicatrização	Pó	⇒ Indicado para lesões exsudativas. ⇒ Absorve a humidade, exsudados e efluentes, mantendo a pele seca, evitando futuras irritações e cicatrizando as lesões NOTA: Ter atenção à forma como se aplica, pois, pode formar um aerossol podendo ser inalado pela criança (o recipiente onde vem o pó, por vezes ao ser apertado para se aplicar na pele provoca o tal aerossol, logo a forma mais fácil para se prevenir é aumentar a abertura do frasco e proteger a cara da criança)
Nivelamento	Pasta em anel moldável	⇒ Indicada para nivelamento e isolamento, ou seja, para proteger a pele, aumentar a adesão das placas à pele, para nivelar pregas e irregularidades da pele próxima ao estoma ⇒ Confirmar os constituintes da pasta em bisnaga. Algumas têm na sua composição álcool, pelo que estas não devem ser usadas em pele com solução de continuidade e no recém-nascido
	Pasta em bisnaga	⇒ As tiras e/ou anéis estão indicados para o ajuste de dispositivos de 1 ou 2 peças em estomas com retração ou necessidade de nivelamento. Trata-se de uma barreira de resina sintética não estéril em formato de anéis convexos ou em tiras, que podem ser moldados, obtendo ajuste perfeito ao dispositivo de ostomia, prevenindo fugas de efluente
	Pasta em tiras	⇒ Podem ser aplicados diretamente na pele ou na placa

Fonte: Norma n.º 015/2016, 2017; Batalla et al., 2019; *Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*, 2020



“Cuidados de enfermagem ao recém-nascido com ostomia de eliminação intestinal”

APÊNDICE II

Lesões da pele peri-estoma e respetivo tratamento

LESÕES DA PELE PERI-ESTOMA

MACERAÇÃO



Definição / descrição:

- ⇒ Inflamação da pele por exposição prolongada ao efluente.
- ⇒ Abrasão da pele associada à humidade.

Tratamento:

- ✓ Limpar a pele adequadamente para remover bem o efluente.
- ✓ Observar a placa retirada para identificar fugas.
- ✓ Identificar e atuar na causa.
- ✓ Otimizar o melhor dispositivo, que se ajuste bem ao estoma e evite extravasamentos do efluente para a pele.
- ✓ Aplicar na pele macerada creme barreira em spray (lesão sem exsudado) e/ou pó cicatrizante (lesão exsudativa) e, se for necessário usar uma barreira para a pele para evitar fugas, como o anel moldável, pasta em tiras ou pasta de barreira sem álcool.
- ✓ Ponderar o uso de tiras de fixação dependendo da área de lesão abrangida.

ERITEMA



Definição / descrição:

- ⇒ Resposta inflamatória decorrente de uma hipersensibilidade a componentes químicos presentes nos produtos.
- ⇒ usados na ostomia.
- ⇒ Sintomas: prurido, pele vermelha e descamativa.

Tratamento:

- ✓ Identificar o produto/material alérgeno e removê-lo.
- ✓ Evitar cremes e pomadas: interferem com a aderência do dispositivo.
- ✓ Evitar o uso de produtos acessórios, só se estritamente necessário.
- ✓ Ajustar a frequência da troca do dispositivo até que a irritação/inflamação melhore.

LESÕES FÚNGICAS



Definição / descrição:

- ⇒ A causa mais comum é infeção por *Candida Albicans*.
- ⇒ Erupção cutânea que se apresenta como uma vermelhidão difusa ao



“Cuidados de enfermagem ao recém-nascido com ostomia de eliminação intestinal”

- ⇒ redor do estoma com pequenas saliências na pele circundante
- ⇒ Relacionada com exposição prolongada à humidade.
- ⇒ Sintomas: sensação de queimadura e/ou prurido na região peri-estoma.

Tratamento:

- ✓ Aplicar antifúngico em pó, preferencialmente. Caso não haja, aplicar em creme, depois deixar atuar 20/30 minutos e só depois colocar a placa de ostomia.
- ✓ Para controlar a humidade, após aplicação do antifúngico em creme aplicar pó cicatrizante.
- ✓ Usar dispositivo de 2 peças e adequar a troca, nunca mais do que 2 dias.

Fonte: Norma n.º 015/2016, 2017; Batalla et al., 2019; *Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*, 2020



“Cuidados de enfermagem ao recém-nascido com ostomia de eliminação intestinal”

ANEXOS



“Cuidados de enfermagem ao recém-nascido com ostomia de eliminação intestinal”

ANEXO I

Dispositivo ostomia intestinal recém-nascido



“Cuidados de enfermagem ao recém-nascido com ostomia de eliminação intestinal”



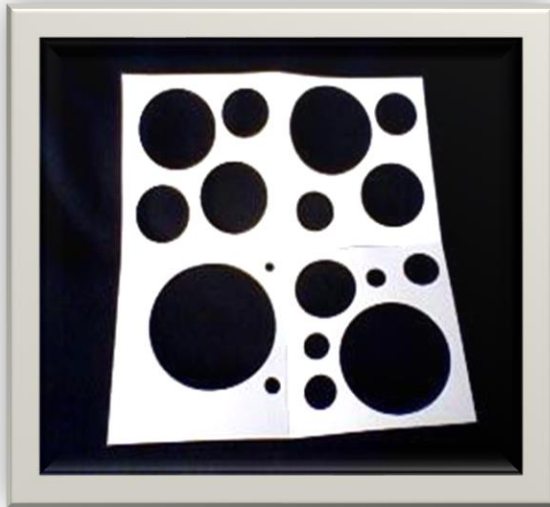


“Cuidados de enfermagem ao recém-nascido com ostomia de eliminação intestinal”

Anexo II

Molde de ostomia

“Cuidados de enfermagem ao recém-nascido com ostomia de eliminação intestinal”



“Cuidados de enfermagem ao recém-nascido com ostomia de eliminação intestinal”

ANEXO III

Apoios e Recursos

“Cuidados de enfermagem ao recém-nascido com ostomia de eliminação intestinal”
APOIOS E RECURSOS AO DOENTE COM OSTOMIA:

- ✓ **Associação Portuguesa de Ostomizados:**
 - www.apostomizados.pt
 - E-mail: informações@apostomizados.pt
 - Telefone: 937240477

- ✓ **Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomaterapia (apece)**
 - www.estomaterapia-apece.pt

- ✓ **Convatec** (laboratório que comercializa produtos para ostomia):
 - www.convatec.pt
 - E-mail: convatel.pt@convatec.com
 - Telefone: 800201678 (9h-17h)

- ✓ **Coloplast** (laboratório que comercializa produtos para ostomia):
 - www.coloplast.pt
 - E-mail: CarePT@coloplast.com
 - Telefone: 800914390 (chamada gratuita; segunda a sexta das 9h-13h e 14h-17h)

- ✓ **Welland** (laboratório que comercializa produtos para ostomia):
 - www.spcare.pt
 - E-mail: global@spcare.pt
 - Telefone: 211931420 / 800203826 (linha gratuita)

APÊNDICE V

Orientações para o alívio da dor na Vacinação da criança

**12.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria**

Unidade Curricular:
Estágio com Relatório

Vacinação na Criança: Orientações para o alívio da dor

- [REDACTED] -

Lucília Maria Vieira Diogo Campos, n.º 10488

[REDACTED]

Enfermeira Orientadora. [REDACTED]

Professora: Sónia Rodrigues

[REDACTED]

**Lisboa
Fevereiro 2022**

ÍNDICE

1. ENQUADRAMENTO.....	3
2. ORIENTAÇÕES NO ALÍVIO DA DOR NA VACINAÇÃO PEDIÁTRICA.....	6
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	11

APÊNDICES:

Apêndice I – Anestésicos tópicos

ANEXOS:

Anexo I – Orientações para os pais

Anexo II – Guia para os pais de crianças até aos 3 anos

Anexo III – Guia para os pais de crianças e adolescentes

1. ENQUADRAMENTO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que a vacinação é um grande ganho em saúde, enfatizando que todas as crianças têm o direito de viver sem doenças evitáveis por vacinas (OMS, 2015). Porém, a vacinação sendo um procedimento invasivo pode fomentar dor, ansiedade e desconforto, pelo que o seu controle e alívio é um direito humano (OMS, 2015).

A vacina é a fonte mais comum de dor iatrogénica na criança que por sua vez provoca sofrimento nos pais, podendo assim levar à não aceitação da vacina (Fontes, Ribeiro, Dantas & Ribeiro, 2018). Sendo a vacinação um episódio transitório e previsível é possível ser aliviado e controlado, prevenindo-se que a criança não tenha estados de ansiedade pré-procedimentos no futuro, medo de agulhas e comportamentos de rejeição aos cuidados de saúde (Abadesso et al., 2021). Perante isto, os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, possuem um papel preponderante no uso de estratégias para o controle e alívio da dor na vacinação na criança.

Um estudo realizado por Taddio e a sua equipa, sobre a prevalência do incumprimento da vacinação relacionada com o medo de agulhas, em 2012, refere que 40% dos pais auscultados verbalizam preocupação em relação à dor dos seus filhos durante a vacinação, 85% enfatizam a responsabilidade dos profissionais de saúde na diminuição da dor associada à vacinação e 95% gostariam de aprender como diminuir a dor dos seus filhos (Taddio et al., 2012). No mesmo estudo, Taddio et al. (2012) concluíram que o medo de agulhas contribui para a não adesão à vacinação e que os momentos de educação para a saúde são de extrema pertinência. Ou seja, estes autores enfatizam que os momentos de educação para a saúde acerca de estratégias para o controle da ansiedade e da dor provocadas pela vacinação irão ter um impacto positivo na adesão à vacinação e por sua vez, melhorar a experiência da criança e pais, bem como a qualidade dos cuidados prestados pelo profissional de saúde (Taddio et al., 2012).

De acordo com o Programa Nacional de Vacinação (PNV) de 2020, as crianças até aos 10 anos de idade serão submetidas a 17 inoculações, sendo que a sua maioria acontece no primeiro ano de vida (DSG, 2020). Fase esta, em que os mecanismos de enfrentamento do medo e ansiedade da criança ainda

são limitados, podendo interferir com a sua percepção futura da dor e por sua vez, refletir-se na recusa e adiamento na procura de cuidados de saúde e consequentemente no incumprimento do PNV (OMS, 2015; DGS, 2020).

A dor é uma experiência emocional e sensorial desagradável, sempre de caráter pessoal, que é influenciada pela interação de fatores biológicos, socioculturais e psicológicos (*International Association for the Study of Pain* [IASP], 2021). Torna-se difícil elaborar uma definição de dor tendo em conta o seu caráter complexo, subjetivo e pessoal (Tavares, 2014).

A inclusão da dor como 5º sinal vital demonstra a crescente valorização e preocupação com esta temática, porém ainda se constata a persistência de algumas lacunas relacionadas com a correta gestão da dor na criança (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2013; Tavares, 2014). De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2013) a dor é uma experiência subjetiva por definição, logo a forma como se vivencia e qualifica a dor é única e intransmissível, conduzindo assim à “necessidade de uma intervenção individualizada que vai muito além da administração de analgésicos” (OE, 2013, p. 7).

As crianças têm direito a um adequado controlo da dor, independentemente da sua causa, evitando assim sofrimento desnecessário (Oliveira et al., 2018). A dor não controlada na criança pode-se refletir na sua qualidade de vida e da sua família, tendo assim um impacto direto nos ganhos em saúde (Kahsay, 2017).

O modelo conceptual de cuidados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) “centra-se na necessidade de preservação, em qualquer situação, da segurança e bem-estar da criança e família” (OE, 2013, p. 9). Logo, compete ao EEESIP, como explanado no seu Regulamento de Competências Específicas, elaborado pela Ordem dos Enfermeiros, “a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem” através da “gestão de medidas farmacológicas de combate à dor” e da aplicação de “conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor” (Regulamento nº 422/2018, 2018, p. 19193).

A dor sendo um fenómeno especialmente complexo na criança, tendo em conta as características do seu desenvolvimento, bem como a influência da família, cultura e experiências pessoais, torna-se num desafio para o enfermeiro (OE, 2013). A gestão adequada da dor transforma-se então numa boa prática na imunização à criança (Abadesso et al., 2021). Para tal, o enfermeiro deve

melhorar e atualizar conhecimentos na área da gestão e controle da dor durante a vacinação, capacitando-se assim para os utilizar de forma correta e adequada no alívio da dor, promovendo assim uma melhoria contínua da qualidade (OE, 2013).

É de extrema importância que o enfermeiro estabeleça uma relação de parceria com os pais, ou seja, o enfermeiro legitima os pais como os principais cuidadores dos filhos, pelo que as intervenções devem ser alicerçadas numa filosofia de cuidados centrados na família (OE, 2013). Filosofia esta, onde há partilha de conhecimentos que serão facilitadores no desenvolvimento das competências parentais, numa melhor compreensão da criança, no estabelecer de uma relação terapêutica e numa correta avaliação da dor, o que irá promover consequentemente o ato de vacinação numa experiência positiva (OE, 2013; Abadesso et al., 2021).

Esta parceria de cuidados irá permitir que a criança e os seus pais/cuidadores sejam informados, educados e treinados em relação às estratégias adequadas para a implementação de cuidados antecipatórios e de prevenção da dor no ato da vacinação (Abadesso et al., 2021). Sendo que, esta informação deverá ser partilhada durante as consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil ou/e em qualquer momento antes da administração das vacinas, isto é, momentos de educação para a saúde (OMS, 2015; Abadesso et al., 2021).

A educação em saúde é considerada como uma ferramenta essencial para o desenvolvimento saudável da criança, bem como para estimular o *empowerment* parental, conceito tão importante na implementação da parentalidade (Monteiro et al., 2018). O *empowerment* é encarado como um processo de colaboração ativa entre os profissionais de saúde e a família, que em conjunto trabalham focados no melhor para a criança (Golubović, Milutinović, Ilić & Dordević, 2021). Os princípios do *empowerment* assentam no pressuposto de que a família adquire conhecimentos, habilidades e recursos que lhe permite alcançar o controle sobre as suas próprias decisões e uma maior independência na tomada de decisão relacionada com a sua vida e com a do filho (Golubović, Milutinović, Ilić & Dordević, 2021).

Torna-se assim importante elaborar um documento onde esteja explanado as principais orientações para controle da dor e ansiedade da criança e família no ato de vacinação, fundamentadas na melhor evidência científica.

2. ORIENTAÇÕES NO ALÍVIO DA DOR NA VACINAÇÃO PEDIÁTRICA

As orientações e estratégias no alívio da dor da vacinação pediátrica, Segundo Abadesso et al. (2021), baseiam-se em cinco domínios de intervenção:

- 1) Estratégias a nível do procedimento: como o não aspirar e administrar a vacina mais dolorosa em último;
- 2) Estratégias físicas: como o amamentar e posicionamento de conforto;
- 3) Estratégias psicológicas: relacionadas com a comunicação com a criança e família, distração e relaxamento;
- 4) Estratégias farmacológicas: como a aplicação de anestésicos tópicos e uso de solução de sacarose;
- 5) Estratégias de processo: relacionadas com a educação e preparação dos pais/educadores no alívio da dor na vacinação.

No quadro seguinte irão ser enunciadas as principais orientações no alívio da dor na vacinação e a sua justificação, baseadas nas recomendações fornecidas pela APED (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor) em 2021.

Quadro 1 – Orientações de alívio da dor na vacinação

ORIENTAÇÕES NO ALÍVIO DA DOR NA VACINAÇÃO		
	Cuidados	Justificação
Estratégias no Procedimento	✓ Não aspirar o conteúdo da seringa durante a administração da vacina intramuscular.	⇒ Agrava a dor pelo maior tempo de permanência da agulha nos tecidos, sem se obterem benefícios. ⇒ Nos locais de administração das vacinas não se encontram vasos de grande calibre, pelo que não existe evidência negativa associada à não aspiração.
	✓ Administrar a vacina mais dolorosa no final.	⇒ A dor pode escalar a cada nova administração. ⇒ Exemplos das vacinas mais dolorosas: vacina antipneumocócica (PREVENAR®); vacina anti sarampo, papeira e rubéola (VASPR®) e a vacina contra o Vírus do Papiloma Humano (HPV®).
Estratégias Físicas	✓ Posicionar a criança confortavelmente: ⇒ até aos 3 anos de idade posicionar ao colo dos pais/cuidadores; ⇒ acima dos 3 anos recomenda-se ficar sentada.	⇒ A posição deve ser confortável, permitindo proximidade entre a criança e o seu cuidador. ⇒ Após a vacinação, o posicionamento deve incluir o embalo e/ou aconchego nos braços dos pais. ⇒ A posição de sentado, após os 3 anos de idade, promove a sensação de conforto/controle por parte da criança. ⇒ A imobilização forçada da criança deve ser evitada, pois não revela ser uma boa prática de cuidados.
	✓ Amamentação (quando possível), antes, durante e após a administração das vacinas.	⇒ A amamentação reduz o stress e a ansiedade através do conforto físico e da sucção, demonstrando ser uma intervenção eficaz. Caso haja algum impediante ou recusa por parte da mãe

		em amamentar, poderá ser sugerido a administração de leite materno e/ou leite adaptado por biberão.
Estratégias Farmacológicas	✓ Utilização de anestésicos tópicos em crianças até aos 12 anos de idade, como por exemplo o EMLA® e Lambdalina® (Apêndice I).	⇒ A aplicação de anestésico tópico em forma de gel, creme ou adesivo bloqueia a transmissão de estímulos dolorosos para a pele, sendo por isso uma estratégia indicada para o alívio da dor associada a agulhas. ⇒ O uso de anestésico tópico apresenta custos adicionais e necessita de tempo e de planeamento. Porém, a sua implementação tem um grau elevado de evidência. ⇒ A decisão da sua utilização fica à responsabilidade dos pais. Logo cabe ao profissional de saúde informá-los e aconselhá-los corretamente.
	✓ Administração de solução de sacarose antes da administração da vacina em crianças até aos 2 anos de idade: ⇒ Solução de sacarose a 24%: administrar 2 ml da solução 2 minutos antes da injeção. Caso não haja pode-se utilizar glicose a 30% da mesma forma.	⇒ A sacarose deve ser oferecida a crianças que não estejam sob aleitamento. ⇒ O mecanismo de ação está relacionado com a libertação de opióides endógenos que fornecem uma sensação de conforto e saciedade. NOTA: Caso seja administrada a vacina oral contra o rotavírus, administrar esta em primeiro lugar, pois já contém e substitui a sacarose.
Estratégias Psicológicas	✓ Técnicas de distração: ⇒ Deve ser iniciada antes do início do procedimento e	⇒ A distração permite desviar a atenção da criança ao estímulo doloroso. ⇒ A distração pode reduzir a dor ao envolver mecanismos neurais que

	continua durante e depois.	facilitam a modulação endógena da dor, bem como desviar a atenção, que de outra forma estaria focada para o processamento da dor. ⇒ A distração pode ser realizada através do uso de brinquedos, vídeos interativos, livros, bolas de sabão, entre outras, bem como o reforço positivo, imaginação guiada ou técnicas de relaxamento. ⇒ A distração sendo iniciada antes do procedimento, mantendo-se durante e após, reduz a ansiedade antecipatória, a dor e melhora a recuperação
	✓ Usar uma linguagem neutra em vez de chamar a atenção para a injeção: ↳ Informar as crianças/adolescentes do início da administração, por exemplo dizendo: "Estás pronto?" ou "Lá vamos nós!". ↳ Evitar o uso de expressões do tipo: "Desculpa", "É muito rápido", "Já vai acabar", "Não tenhas medo", "Não chores", "É só uma pica" ou "Não dói nada".	⇒ O uso de determinadas expressões pode aumentar a ansiedade e a dor da criança.

Estratégias de Processo	✓ Formação/educação profissional sobre a dor e gestão do medo e ansiedade associados à vacinação.	⇒ Os profissionais devem ser empoderados da melhor evidência a nível das técnicas de administração de vacinas, na prevenção e na minimização da dor associada.
	✓ Educação dos pais/cuidadores e crianças (quando possível) sobre a gestão da dor e medo de vacinas (Anexo I, II, III).	⇒ Como o comportamento dos pais influencia o nível de ansiedade das crianças, deve-se educar e orientar os pais/cuidadores, para facilitar o <i>coping</i> da criança e aliviar a dor, o medo e a ansiedade. Pode-se por ex. distribuir aos pais antes da vacinação informação sobre o controlo da dor. ⇒ A dor e a ansiedade das crianças durante os procedimentos dolorosos diminuem quando os adultos estão mais calmos e usam estratégias de <i>coping</i>.

Fonte: Abadesso et al. (2021).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abadesso, C., Roque, L., Cruz, D., Ornelas, I., Monteiro, A., Neutel, J. & Fernandes, A. (2021). Recomendações da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor na Vacinação Pediátrica: Linhas orientadoras para a prática clínica. Associação Portuguesa para o Estudo da Dor [APED]. Disponível em: https://aped-dor.org/documentos/vac_young/RECOMENDACOES%20APED_CONTROLO%20D%20A%20DOR%20NA%20VACINAC%CC%A7A%CC%83O_2021.pdf
- Aspen Pharma Trading Limited. (2017). *Emla 25 mg/g + 25 mg/g creme*. Aspen Pharma Trading Limited.
- Aspen Pharma Trading Limited. (2017). *Emla Penso 25 mg/g + 25 mg/g penso impregnado*. Aspen Pharma Trading Limited
- Direção Geral da Saúde [DGS]. (2020). *Programa Nacional de Vacinação*. Lisboa: DSG.
- Fontes, V. S. F., Ribeiro, C. J. N., Dantas, R. A. N. & Ribeiro, M. C. O. (2018). Estratégias para alívio da dor durante a imunização. *Brazilian Journal of Pain*. 1 (3), 270-273.
- Golubović, S., Milutinović, D., Ilić, S. & Dordević, M. (2021). Empowerment Practice in Families Whose Child Has a Developmental Disability in the Serbian Context. *Journal of Pediatric Nursing*. 57, 15- 22.
- International Play Association (2021). The child's right to play. Acedido em 16/02/2022. Disponível em: <https://ipaworld.org/childs-right-to-play/the-childs-right-to-play/>
- Isdin – Laboratório Farmacêutico Unipessoal Lda. *Lambdalina 40 mg/g creme*. Isdin – Laboratório Farmacêutico Unipessoal Lda.
- Kahsay, H. (2017). Assessment and treatment of pain in pediatric patients. *Current Pediatric Research*. 21 (1), 148-157.
- Monteiro, S. N. C., Carvalho, E. M. P., Medeiros, L., Silva, A. L. & Guilhem, D. (2018). Educação em saúde para crianças com estomas intestinais: o enfermeiro como mediador do cuidar. *Revista pesquisa qualitativa*. 6 (10), 44-59.

- Oliveira, A., Pedro, A., Fernandes, A., Melancia, C., Abadesso, C., Lanzas, D., Santos, E., Marote, L. & Amorim, R. (2018). *Desenhos da minha dor*. 1ª edição. Portugal: Grafisol – Artes Médicas, Círculo Médico. Disponível em: https://www.apeddor.org/images/diversos/documentos/desenhos_da_minha_dor
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia orientador de boa prática – estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança –série 1, n.6*. Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2015). *Report to SAGE on reducing pain and distress at the time of vaccination*. Acedido em: 16/02/2022. Disponível em: https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2015/april/1_SAGE_latest_pain_guidelines_March_24_Final.pdf
- Regulamento nº 422/2018 (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2ª Série (Nº 133 de 12-07-2018), 19192-19194.
- Taddio, A., Ipp, M., Thivakaran, S., Jamal, A., Parikh, C., Smart, S. ... Katz, J. (2012). Survey of the prevalence of immunization non-compliance due to needle fears in children and adults. *Vaccine*. 30 (32), 4807-4812.
- Tavares, A. C. S. (2014). *Conhecimentos e atitudes dos enfermeiros sobre intervenções não farmacológicas e o uso na gestão da dor na criança* (Dissertação de Mestrado não publicada). Escola superior de Enfermagem de Coimbra.

APÊNDICE



APÊNDICE I

Anestésicos tópicos – Emla e Lambdalina

UTILIZAÇÃO DO ANESTÉSICO TÓPICO

Está descrito na evidência que o uso de anestésico tópico para o controlo da dor na vacinação é uma boa prática (Abadesso et al., 2021). Será descrito as características e forma de aplicação de dois anestésicos tópicos que é o Emla em creme (quadro 1) e em penso (quadro 2) e a Lambdalina creme (quadro 3), que irei de seguida descrever cada um deles.

Quadro 1 - Emla creme

Constituição	⇒ Cada grama de creme contém 25 mg de lidocaína e 25 mg de prilocaína. ⇒ O creme Emla é um sistema de emulsão de óleo-em-água no qual a fase de óleo consiste numa mistura eutética das formas base de lidocaína e de prilocaína na proporção de 1:1.
Indicações terapêuticas	⇒ Indicado para anestesia tópica da pele, prévia a inserção de agulhas.
Posologia e modo de administração, de acordo com a idade	Correspondência: 1 ml = 1 g de creme ⇒ 0-2 meses: máximo 1g/10 cm² durante 1 hora (dose única num período de 24 horas) ⇒ 3-11 meses: máximo 2g/20 cm² durante 1 hora (máximo 2 doses, separadas pelo menos de 12 horas, num período de 24 horas) ⇒ 1-5 anos: máximo 10g/100 cm² durante 1 hora (podendo ir até 5 horas, mas após um tempo de aplicação longo a anestesia diminuiu) ⇒ Mais de 6 anos: máximo 20g/200 cm² durante 1 hora (podendo ir até 5 horas, mas após um tempo de aplicação longo a anestesia diminuiu)
Contraindicações	✗ Não usar Emla nos recém-nascidos com menos de 37 semanas de idade gestacional ✗ Não usar em crianças a receber tratamento com agentes indutores de metemoglobina

Fonte: Aspen Pharma Trading Limited. (2017). Emla 25 mg/g + 25 mg/g creme. Aspen Pharma Trading Limited.

Quadro 2 - Emla penso

Constituição	⇒ Cada Emla Penso impregnado contém 25 mg de lidocaína e 25 mg de prilocaína. ⇒ É uma formulação de dose unitária de Emla que se apresenta na forma de penso oclusivo. ⇒ É um disco de celulose absorvente, saturado com 1g de emulsão Emla, fixado num laminado de suporte garantido com uma moldura de fita adesiva. ⇒ A área de contato do disco saturado de Emla é de aproximadamente 10 cm². ⇒ A emulsão Emla é um sistema de emulsão de óleo-em-água, no qual a fase de óleo consiste numa mistura eutética das formas base de lidocaína e de prilocaína na proporção de 1:1.
Indicações terapêuticas	⇒ Indicado para anestesia tópica da pele, prévia a inserção de agulhas.
Posologia e modo de administração, de acordo com a idade	⇒ 0-2 meses: máximo 1 penso durante 1 hora (dose única num período de 24 horas) ⇒ 3-11 meses: até 2 pensos durante 1 hora (máximo 2 doses, separadas pelo menos de 12 horas, num período de 24 horas) ⇒ 1-5 anos: até 10 pensos (nas áreas de pele selecionadas) durante 1 hora (podendo ir até 5 horas, mas após um tempo de aplicação longo a anestesia diminuiu) ⇒ Mais de 6 anos: até 20 pensos (nas áreas de pele selecionadas) durante 1 hora (podendo ir até 5 horas, mas após um tempo de aplicação longo a anestesia diminuiu)
Contraindicações	✗ Não aplicar em recém-nascidos com menos de 37 semanas de idade gestacional. ✗ Não usar em crianças a receber tratamento com agentes indutores de metemoglobina. ✗ O tamanho do penso torna-o menos adequado para utilização em algumas zonas do recém-nascido.

Fonte: Aspen Pharma Trading Limited. (2017). Emla Penso 25 mg/g + 25 mg/g penso impregnado. Aspen Pharma Trading Limited



Quadro 2 – Lambdalina Creme

Constituição	⇒ Cada grama de creme contém 40 mg de lidocaína. ⇒ É um creme branco a amarelado.
Indicações terapêuticas	⇒ Indicado para anestesia tópica da pele, prévia a inserção de agulhas.
Posologia e modo de administração, de acordo com a idade	⇒ Deve ser aplicada uma camada densa e uniforme de creme na zona a ser usada, aplicando um penso por cima. ⇒ Indicado para crianças com idade superior a 6 anos: ↳ Aplicação única de 2-3g (dose máxima 5g) ↳ Tempo de permanência recomendado de 60 minutos, não devendo exceder as 2 horas.
Contraindicações	✗ Não aplicar crianças com idade inferior a 6 anos (uma vez que não há informação disponível).

Fonte: Isdin – Laboratório Farmacêutico Unipessoal Lda. *Lambdalina 40 mg/g creme*. Isdin – Laboratório Farmacêutico Unipessoal Lda.



ANEXOS



ANEXO I

Orientações para os pais

Para uma vacinação sem medo e sem dor!

Como reduzir
o medo das injeções
e a dor durante a vacinação.



BEBÉS até 3 anos

1 Aleitamento materno

Se o bebé faz leite materno, amamentar o bebé antes, durante e após a vacinação é um dos melhores meios para reduzir a dor e proporcionar conforto.

2 Creme anestésico tópico

Colocar o creme anestésico nos locais onde vão ser dadas as injeções, uma hora antes. Este creme anestesia um pouco a pele e reduz a dor da vacina.

3 Posicionamento de conforto

Manter o bebé ao colo da mãe em posição vertical. O contacto seguro e reconfortante ajuda a reduzir a dor e mantém o bebé mais calmo.

4 Distrair

A distração pode ser feita com um vídeo, uma canção, com brinquedos (som, luz, vibração), bonecos, bolas de sabão, etc. Manter uma postura calma, falar com voz normal e positiva vai ajudar o bebé a sentir-se calmo.

5 Sacarose e sucção (chupeta)

A bebés até aos 2 anos que não estejam a fazer aleitamento materno. Oferecer uma solução doce com a chupeta, ajuda a reduzir a dor.



CRIANÇAS e ADOLESCENTES

1

Preparar a criança

Dar explicação honesta sobre o procedimento e criar um plano de conforto.

2

Creme anestésico tópico (opcional)

Colocar o creme anestésico nos locais onde vão ser dadas as injeções, uma hora antes. Este creme anestesia um pouco a pele e reduz a dor da vacina.

3

Posicionamento de conforto

Ao colo dos pais com um abraço reconfortante ou sentado na marquesa em posição vertical, dando a opção de escolha às crianças mais velhas.

4

Distrair

Usar distração adequada à idade, desviar a atenção da criança para longe da dor, com um jogo, um vídeo, música, uma conversa divertida, bolas de sabão, moinho de vento, etc.

5

Usar técnicas de relaxamento

Incentivar respiração profunda e lenta, levar a criança a viajar para o seu lugar favorito através da imaginação.

Quanto mais envolvida estiver a criança na distração, melhor funcionará. Não esquecer que elogiar e oferecer uma recompensa após a vacinação pode ajudar crianças e adolescentes de todas as idades!

“Orientações no alívio da dor na vacinação”



ANEXO II

Guia para os pais de crianças até 3 anos

Para uma vacinação sem medo e sem dor!

Como reduzir
o medo das injeções
e a dor durante
a vacinação.



Guia para pais de crianças até aos 3 anos

Porque é que a dor na vacinação pode ser um problema?

As vacinas podem causar alguma dor e ansiedade nas crianças (e mesmo nos pais). E a dor pode fazer com que desenvolvam memórias negativas e traumáticas, condicionando no futuro medo e ansiedade antecipatória a agulhas, enfermeiros e médicos.

Mas os pais podem fazer a diferença!

Ao ler este folheto vai encontrar estratégias de reduzir a dor do seu filho durante as vacinações. Estes métodos são comprovadamente seguros e eficazes. Pode combinar diferentes estratégias para obter melhores resultados.

1 Plano de conforto

Criar um plano de conforto antes da vacinação.

Algumas estratégias requerem preparação:

- A água com açúcar pode ser preparada em casa ou no centro de vacinação: misturar 1 colher de chá de açúcar com 2 colheres de chá de água destilada ou fervida. Para bebés maiores de 6 meses, pode-se usar água da torneira se esta for segura para beber.
- Os anestésicos tópicos podem ser adquiridos numa farmácia sem receita médica.
- Leve o brinquedo favorito do seu filho para o distrair.

2 Aleitamento materno

Se o bebé faz leite materno, amamentar antes, durante e após a vacinação é um dos melhores meios para reduzir a dor e proporcionar conforto, porque combina o colo, o sabor doce e a sucção. Amamentar durante as vacinas é seguro para os bebés, mesmo recém-nascidos.

Para uma vacinação sem medo e sem dor!

Como ajudar a reduzir a dor durante a vacinação, nas crianças até 3 anos.

3 Linguagem positiva

- Esteja calmo, use a sua voz normal antes, durante e depois da vacina. Isso ajudará o seu filho a ficar calmo e a sentir-se seguro. Os filhos vêem e sentem o que os pais estão a fazer e muitas vezes fazem o mesmo.
- Se estiver nervoso, experimente respirar lenta e profundamente algumas vezes para se acalmar (antes, durante e depois). Respire de forma que a sua barriga se expanda, não o seu peito. Pode fazer isso enquanto segura o seu filho.
- Use linguagem positiva e elogie o seu filho. Evite usar expressões do tipo: "Desculpa", "Já vai acabar", "Não tenhas medo", "Não chores", "É só uma pica" ou "Não dói nada". Embora seja instintivo, pode realmente aumentar a dor e ansiedade, pois chamam a atenção para o procedimento.

4 Posições de conforto

- Os bebés e as crianças devem ficar ao colo dos pais. Sente-se numa cadeira e segure o seu filho ao colo ou abrace-o durante a vacinação. Isso ajuda o seu filho a ficar quieto e a sentir-se seguro.
- Dispa o bebé para deixar livre a perna ou braço onde a vacina será dada.
- Não segure o seu filho com muita força porque isso pode aumentar a ansiedade. Depois da vacinação pode embalar o seu filho.

5 Usar distração

- Desvie a atenção da dor antes e durante a injeção, com algo divertido, envolvente e interativo: brinquedo, vídeo (telemóvel ou tablet), livro, música, converse tranquilamente criando foco nessa distração.
- A maneira como distrai o seu filho uma vez, pode não funcionar da próxima vez. Esteja preparado para mudar a estratégia que está a usar para mantê-lo distraído.

6 Sacarose (água açucarada) e sucção (chupeta)

Para os bebés até aos 2 anos que não estejam a fazer aleitamento materno, pode-se usar água açucarada para reduzir a dor.

- Água com açúcar é segura para crianças, até mesmo nos recém-nascidos.
- Dê ao seu filho um pouco de água com açúcar, 1 a 2 minutos antes da vacinação, usando um conta-gotas (ou seringa). Coloque na parte lateral da boca do seu filho, entre as bochechas e as gengivas.
- Use juntamente com a chupeta.

7 Creme anestésico (opcional)

- O creme anestésico é aplicado na pele para ajudar a diminuir a dor de uma agulha. É seguro usá-lo em bebés, mesmo recém-nascidos. Aplique o creme anestésico, 30-60 minutos antes da vacinação, no local onde serão dadas as vacinas. Confirme a localização, informe-se com um profissional de saúde.
- Para bebés com menos de 1 ano de idade, aplique na parte externa superior da coxa ou das duas coxas. Para crianças com mais de 1 ano, aplique na parte superior do braço ou nos dois braços.
- Quando se remove o creme, a pele pode estar mais branca ou vermelha e isso é normal e desaparece.

8 Após a vacinação

Após a vacinação do seu bebé, avalie como ele se sentiu.

Observe no seu filho:

- Movimentos corporais (calmos ou agitados?)
- Rosto (neutro ou careta?)
- Sons (choro silencioso ou agudo?)

Use o que observar para planear o que fará da próxima vez para reduzir a dor do seu filho.

“Orientações no alívio da dor na vacinação”



ANEXO III

Guia para os pais de crianças e adolescentes

Para uma vacinação sem medo e sem dor!

Como reduzir
o medo das injeções
e a dor durante a vacinação.



Guia para pais de crianças e adolescentes

Porque é que a dor na vacinação pode ser um problema?

- As vacinas podem causar alguma dor e ansiedade em crianças de todas as idades (e mesmo nos pais!).
- A dor pode fazer com que a criança desenvolva medo a agulhas, enfermeiros e médicos, criando ansiedade antecipatória em momentos posteriores.

Mas os pais podem fazer a diferença!

Ao combinarem as estratégias descritas abaixo podem reduzir a dor, o medo e a ansiedade.

Para uma vacinação sem medo e sem dor!

Como reduzir o medo das injeções e a dor durante a vacinação, nas crianças e adolescentes.

Após a vacinação, não esquecer de elogiar e oferecer uma recompensa.

1 Plano de conforto

- Informe as crianças sobre a vacinação com alguns dias de antecedência e combine com elas estratégias que possam usar para controlar a preocupação e a dor.

Com crianças de 4 anos ou mais, converse com antecedência sobre:

- O que vai acontecer: “Vais fazer uma vacina para te maneres saudável e protegido; a vacina é administrada no braço”.
- Qual será a sensação: “Podes sentir um beliscão ou uma pressão por poucos segundos”, “também podes achar que está tudo bem”. Seja honesto: não diga que não vai doer, se ele perguntar.
- O que fazer para controlar o desconforto: “Vamos fazer um plano do que podemos fazer para te sentires confortável e com super-poderes. E assim pode acontecer que a vacina não te incomode nada como a muitas crianças”.
- Ajude o seu filho a escolher um brinquedo para levar ou uma estratégia de distração ou relaxamento.
- Vista uma camisola cuja manga enrole facilmente pelo braço acima ou de manga curta.

2 Posições de conforto

- É melhor a criança ficar numa posição sentada, confortável, relaxada e apoiada durante a vacinação.
- As crianças podem sentar-se no colo dos pais e ser abraçadas de frente para os pais ou de lado. Isso ajuda o seu filho a sentir-se seguro e ficar quieto.
- Não segure com muita força, porque isso pode aumentar a ansiedade do seu filho.
- Dar opção de escolha nas crianças mais velhas.

3 Creme anestésico (opcional)

- O creme anestésico é aplicado na pele (para ajudar a diminuir a dor da agulha), 30-60 minutos antes da vacinação no local indicado.
- O creme anestésico pode não ser adequado para todas as pessoas. Informe-se com um profissional de saúde.

4 Usar distração ou técnicas de relaxamento

- Desvie a atenção da dor antes e durante a injeção, concentrando-se em algo divertido, envolvente e interativo: brinquedo, jogo ou vídeos (no telemóvel ou tablet), música, soprar bolinhas de sabão ou simplesmente conversar sobre qualquer coisa divertida.
- Pode usar técnicas de relaxamento, como:
 - incentivar respiração abdominal profunda e lenta: inspirar pelo nariz, expirar pela boca, contar até 3 de cada vez.
 - Levar a criança a viajar para o seu lugar favorito.
- Mantenha a atenção do seu filho na distração. Esteja preparado para mudar a estratégia que está a usar para manter o seu filho distraído.
- Existem algumas crianças que lidam melhor se olharem para a agulha, por isso, se seu filho disser que quer ver, está tudo bem!

5 Usar linguagem positiva

- Esteja calmo, use a sua voz normal antes, durante e depois da vacinação. Se estiver nervoso, experimente respirar lenta e profundamente algumas vezes para se acalmar (antes, durante e depois). Respire de forma que sua barriga se expanda, não o seu peito.
- Use linguagem positiva, elogie o seu filho. Evite usar expressões do tipo “Desculpa”, “Já vai acabar”, “Não chores”, “É só uma pica” ou “Não dói nada”. Embora seja instintivo, pode realmente aumentar a dor e ansiedade, pois chamam a atenção para o procedimento.
- Quando a vacinação terminar, falar sobre o que correu bem - mesmo que não tenha sido perfeito, ajuda a tornar menos stressante a próxima vez. Planeie algo divertido para comemorar e lembrar o bom desempenho durante a vacinação!

APÊNDICE VI

Sessão de formação, com a temática “O Enfermeiro como promotor do *empowerment* parental nos cuidados à criança com ostomia intestinal”

**12.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria**

Unidade Curricular:
Estágio com Relatório

Sessão de formação em serviço

Lucília Maria Vieira Diogo Campos, n.º 10488

Professora Orientadora: Sónia Rodrigues

Enfermeira Orientadora:

**Lisboa
Novembro 2021**

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	3
1. PLANIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO	5
2. AVALIAÇÃO DA SESSÃO	6
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	8

APÊNDICES

Apêndice I – Sessão de Formação em Serviço

INTRODUÇÃO

A doença e hospitalização, para a criança e família, são uma experiência geradora de grande desconforto emocional, como o stress, ansiedade e sofrimento. Por conseguinte, o enfermeiro deve estar sensibilizado para a importância desta dimensão emocional, na medida em que ao ajudar a criança e família a lidarem com os stressores da hospitalização, está a contribuir para que a experiência da hospitalização seja vivida de uma forma mais saudável, repercutindo-se positivamente nas experiências futuras, relacionadas com os cuidados de saúde (Diogo, 2019; Sanders, 2014).

A presença de ostomia intestinal na criança, para além de indicar uma condição crónica, provoca alterações no dia-a-dia da criança e família, quer a nível fisiológico, psicológico e social, afetando assim a sua qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2011; Zacarin, Borges & Dupas, 2018). Compete ao enfermeiro compreender estas alterações e a forma como a criança e família irá vivenciar todo este processo, na medida em que a adaptação a esta nova realidade vai depender, por um lado da compreensão e da aprendizagem da família acerca dos cuidados a ter com a ostomia do filho, e por outro o reconhecimento das alterações que esta condição crónica pode provocar na dinâmica familiar (Ordem dos Enfermeiros, 2011; Zacarin et al., 2018).

A minha experiência profissional, de 14 anos, foi sempre desenvolvida em contexto pediátrico, nomeadamente num serviço de internamento de cirurgia pediátrica, onde constato uma grande prevalência de crianças, com ostomia intestinal, em que a intervenção do enfermeiro é pouco estruturada e organizada, dificultando assim o transmitir de conhecimentos e habilidades à família, uma vez que estas crianças necessitam de cuidados especializados que transitam para o domicílio.

Esta intervenção do enfermeiro com o foco na educação para a saúde é frequentemente realizada muito próxima do momento da alta, gerando alguma ansiedade na família. Mediante este problema, constatámos em equipa a necessidade da implementação de intervenções de enfermagem promotoras do *empowerment* parental nos cuidados à criança com ostomia intestinal, com foco na educação para a saúde.

A realização desta sessão de sensibilização à equipa de enfermagem, em contexto de estágio realizado no meu contexto profissional, tem como finalidade sensibilizar a equipa de enfermagem para a temática do *empowerment* parental nos cuidados à criança com ostomia intestinal.

1. PLANIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Tema da sessão	O Enfermeiro como promotor do <i>empowerment</i> parental nos cuidados à criança com ostomia intestinal
Local	Sala de Trabalho de Enfermagem
Duração	15 minutos (5 minutos de exposição e 10 minutos de discussão e partilha)
Destinatários	Equipa de Enfermagem do serviço de Cirurgia Pediátrica
Método de Exposição	Microsoft Office PowerPoint
Finalidade / Objetivos	<u>Finalidade:</u> ✓ Sensibilizar a equipa de enfermagem para a temática do <i>empowerment</i> parental nos cuidados à criança com ostomia intestinal. <u>Objetivos:</u> ✓ Conhecer a pertinência da temática da ostomia na criança e família e suas necessidades. ✓ Discutir acerca da pertinência da implementação de intervenções de enfermagem promotoras do <i>empowerment</i> parental, com foco na melhoria dos cuidados de enfermagem à criança com ostomia intestinal.
Conteúdos Abordados	⇒ Apresentação do tema. ⇒ Finalidade e objetivos da sessão. ⇒ Pertinência do tema. ⇒ Evidência científica sobre a temática. ⇒ Intervenções de enfermagem promotoras do <i>empowerment</i> parental nos à criança com ostomia intestinal, através da discussão e partilha de experiências. ⇒ Esclarecimento de dúvidas. ⇒ Referências bibliográficas.
Conclusão	Partilha de experiências e reflexão conjunta
Avaliação	Observação direta dos enfermeiros, ao longo e no final da sessão.
Formador	Lucília Campos – Mestranda do 12.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

2. AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Realizar esta sessão de formação em serviço foi de extrema importância pois, foi o início de um percurso até a implementação do meu projeto de estágio.

Os destinatários desta sessão foram quinze no total, onde se incluíram a chefe e coordenadora do serviço. Sendo que a equipa de enfermagem é constituída por vinte e quatro enfermeiros, constato que a sessão teve uma adesão significativa. Na divulgação da sessão, a equipa de enfermagem demonstrou, desde logo, interesse em estar presente, verbalizando que a mesma iria trazer benefícios e ganhos na prestação de cuidados à criança com ostomia intestinal e família.

Após o término da sessão questionei os formandos acerca da sua opinião sobre os temas abordados, estrutura e conteúdo dos slides. Foi possível perceber que o tema foi ao encontro das expectativas da equipa de enfermagem porque, por um lado aborda uma temática pertinente e transversal à enfermagem pediátrica e, por outro a criança com ostomia intestinal e família são em grande maioria os usufruidores de cuidados no contexto profissional. Logo, revelando-se assim como uma fonte de conhecimento e desenvolvimento de boas práticas nos cuidados diários à criança com ostomia intestinal e família, através da implementação de intervenções promotoras desses mesmos cuidados.

Ao longo da sessão foi notório a atenção da equipa de enfermagem à medida que era abordada a temática, apresentando estes, uma linguagem verbal e não-verbal positiva, mantendo posturas de interesse e curiosidade. A equipa quando questionada sobre as intervenções de enfermagem promotoras do *empowerment* parental com foco na melhoria dos cuidados à criança com ostomia intestinal respondeu positivamente através de sugestões bastante válidas e importantes, tais como a elaboração de um guia orientador de cuidados à criança com ostomia intestinal e família. Ou seja, um documento que integrasse esses mesmos cuidados de uma forma organizada e concisa, fomentando assim eficazmente a educação para a saúde. Ficando esta sugestão como projeto futuro.

No final, a grande maioria dos presentes participou na reflexão conjunta, enfatizando a pertinência do tema, demonstrando sensibilização e interesse para os benefícios da implementação de intervenções de enfermagem promotoras do

empowerment parental nos cuidados à criança com ostomia intestinal, bem como disponibilidade para a sua operacionalização.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Diogo, P. (2019). Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática (2.^a versão revista). Disponível em <https://www.researchgate.net/publication/337447491>
- Golubović, S., Milutinović, D., Ilić, S. & Đorđević, M. (2021). Empowerment Practice in Families Whose Child Has a Developmental Disability in the Serbian Context. *Journal of Pediatric Nursing*, 57, 15-22. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.09.010>
- Melo, M. C., Vilas-Boas, B. N. F., Martins, B. L., Vasconcellos, A. W. A. & Kamada, I. (2020). Práticas no cuidado à criança estomizada: narrativa de familiares. *Revista brasileira de enfermagem*, 73 (2). 1-8. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0370>
- Monteiro, S. N. C., Carvalho, E. M. P., Medeiros, L., Silva, A. L. & Guilhem, D. (2018). Educação em saúde para crianças com estomas intestinais: o enfermeiro como mediador do cuidar. *Revista pesquisa qualitativa*, 6 (10), 44-59. <https://doi.org/10.33361/RPQ.2018.v.6.n.10.205>
- Norma nº 015/2016 (2017). Indicações clínicas e intervenção nas ostomias de eliminação intestinal em idade pediátrica e no adulto. *Direção-Geral da Saúde*. 1-38.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica –série 1, n.3, vol.2*. Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Pereira, C., Fernandes, L., Tavares, M. & Fernandes, O. (2011). Empowerment: modelo de capacitação para uma nova filosofia de cuidados. *Nursing*, 267.
- Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença e hospitalização. In M. J. Hockenberry, & D. Wilson (Eds.), *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 1025-1060). Loures, Portugal: Lusodidata.

Zacarin, C. F. L., Borges, A. A. & Dupas, G. (2018). A experiência familiar de crianças e adolescentes com estoma gastrointestinais. *Ciência cuidado e saúde*. 2, 1-7. <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v17i2.41278>

Apêndice I

Sessão de Formação em Serviço

12º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa -

O Enfermeiro como promotor do *empowerment* parental nos cuidados à criança com ostomia intestinal - Projeto de Estágio -

Professora Orientadora:

Profª Sónia Rodrigues

Enfermeira Orientadora:

Elaborado por:

Lucília Campos, N° 10488

Outubro 2021



Sumário

1. Objetivos da sessão

2. Pertinência do tema

3. Evidência científica sobre a temática

3. Guia orientador de cuidados à criança com ostomia intestinal e família – sugestões

4. Esclarecimento de dúvidas e partilha de experiências

5. Referências Bibliográficas

Finalidade

Sensibilizar a equipa de enfermagem para a temática do empowerment parental nos cuidados à criança com ostomia intestinal.

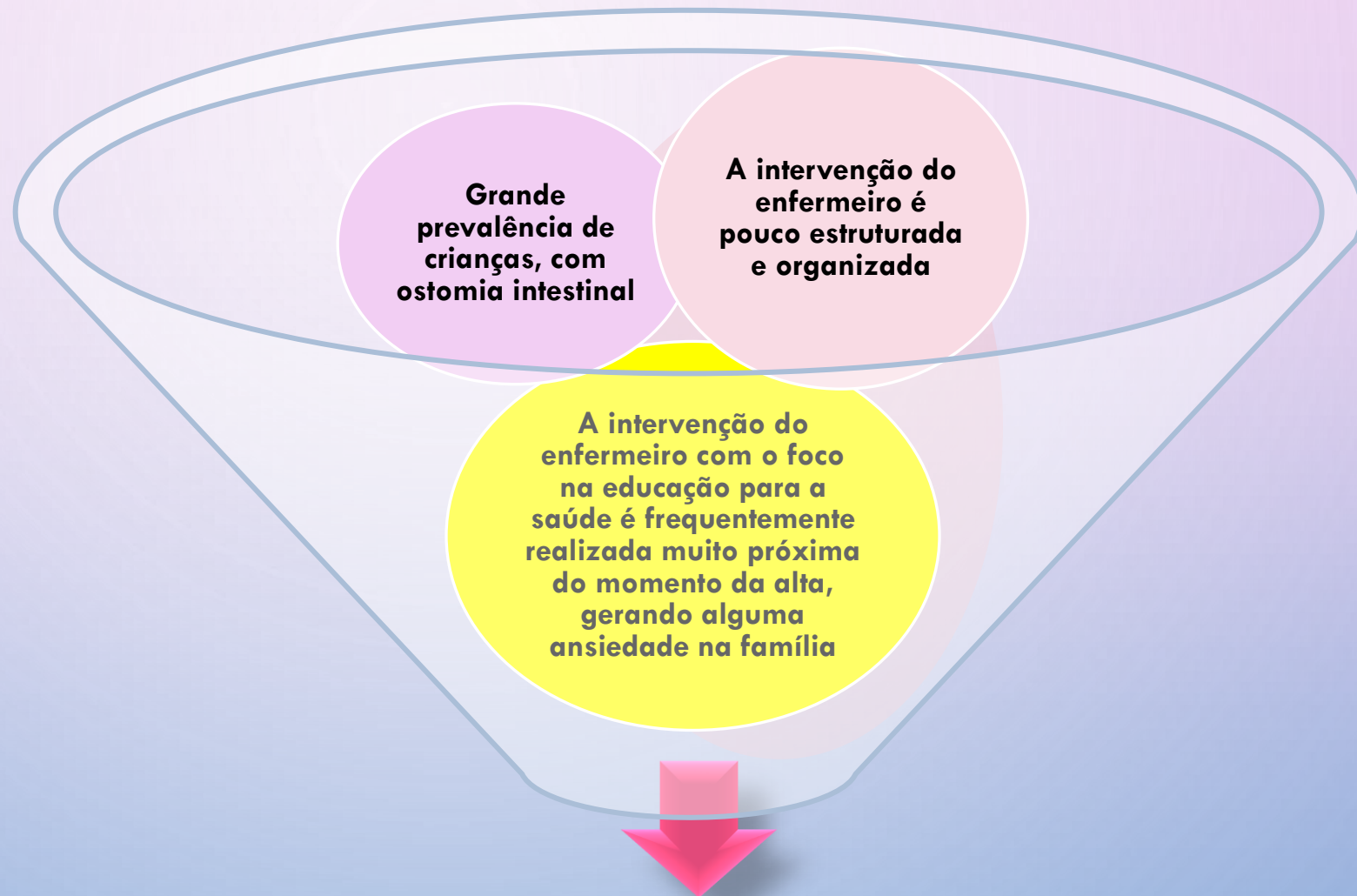
Objetivos

Conhecer a pertinência da temática da ostomia na criança e família e suas necessidades.

Discutir acerca da pertinência da implementação de intervenções de enfermagem promotoras do empowerment parental, com foco na melhoria dos cuidados de enfermagem à criança com ostomia intestinal.

Pertinência do tema

**Levantamento de
necessidades /
identificação de uma
preocupação no contexto
profissional**



**Implementação de intervenções de enfermagem
promotoras do *empowerment* parental nos cuidados
à criança com ostomia intestinal**

Evidência Científica

O avanço da tecnologia e da evidência científica na área da saúde conduziram a um crescimento na prevalência de crianças com doença crônica.

(McElfresh & Merck, 2014)

A presença de uma ostomia na idade pediátrica constitui um processo de mudança e adaptação na vida da criança e da sua família.

(Melo, Vilas-Boas, Martins, Vasconcellos & Kamada, 2020)

O enfermeiro especialista tem um papel preponderante na adaptação da criança e família à ostomia, no promover e fomentar a autonomia da família, nomeadamente na aquisição de habilidades ➡ tornando a família especialista nos cuidados ao filho.

(Ordem dos Enfermeiros, 2015; Stetzer, 2021)



tudointeressante.com.br

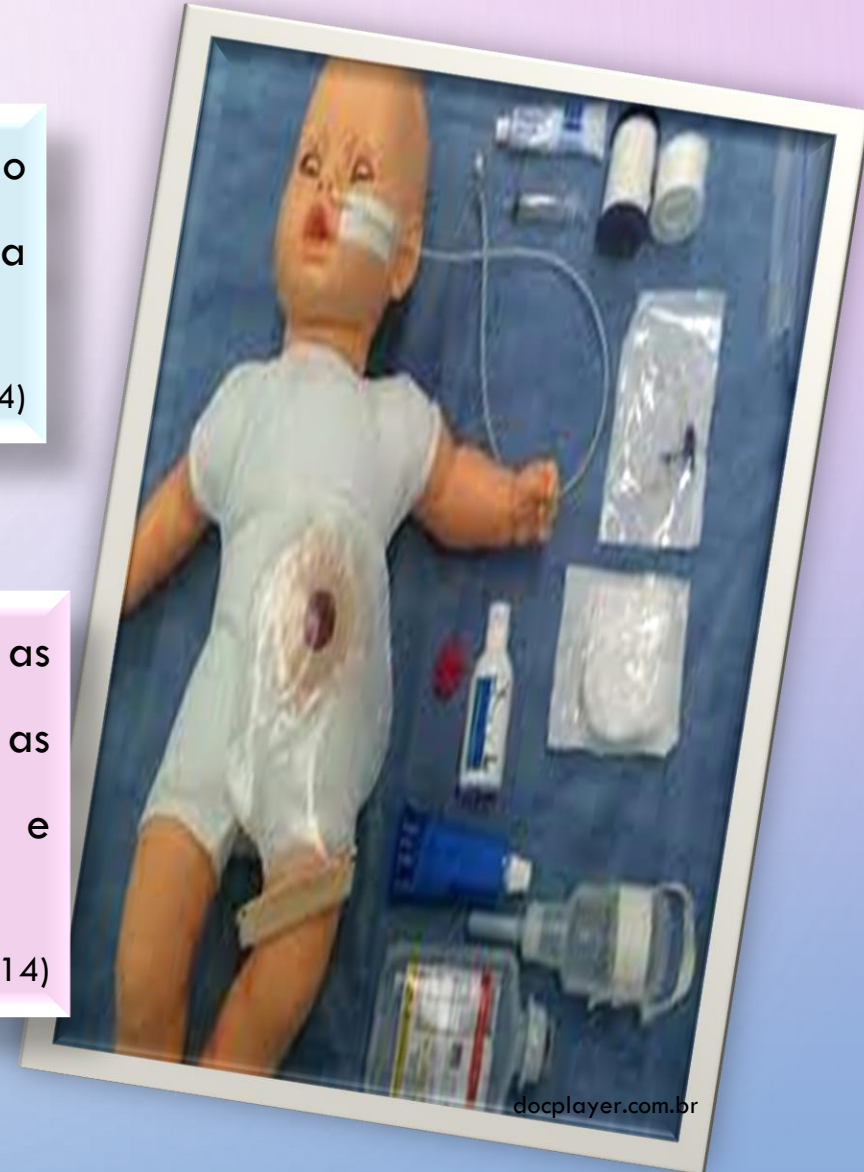
Evidência Científica

É necessário estabelecer uma relação terapêutica com a criança e família, com o intuito de criar uma **parceria de cuidados** eficaz e baseada em confiança, construída através da comunicação e a negociação entre a família e o enfermeiro.

(McElfresh & Merck, 2014)

O enfermeiro deve desenvolver momentos para que a família expresse e demonstre as suas capacidades, de forma adquirirem novas competências de acordo com as necessidades da criança, fomentando assim os **cuidados centrados na família** e assegurando uma transição segura para o domicílio.

(Hockenberry & Barrera, 2014; McElfresh & Merck, 2014)



Evidência Científica

A **preparação para a alta** deve ser iniciada o mais **precoco possível**, com base no estabelecimento de uma relação de confiança com a criança e família, envolvendo-os no planeamento e desenvolvimento dos cuidados, promovendo a reorganização familiar e a respetiva adaptação à nova realidade.

(Ordem dos enfermeiros, 2011)



A intervenção do enfermeiro deve ser focada na **educação para a saúde**



estratégias educativas

adequadas às necessidades de cada criança/família.

(Monteiro, Carvalho, Medeiros, Silva & Guilhem, 2018)

Evidência Científica

A intervenção do enfermeiro deve ser direcionada para a **participação** e **capacitação**, surgindo assim a importância do conceito do **empowerment**.

(Pereira, Fernandes, Tavares & Fernandes, 2011; DGS, 2017; Monteiro, Carvalho, Medeiros, Silva & Guilhem, 2018)

O *empowerment* é encarado como um processo de colaboração ativa entre os profissionais de saúde e a família, trabalhando em conjunto para o melhor da criança, assegurando uma melhoria significativa dos cuidados domiciliários, o que resulta em crianças e família confiantes e melhor preparadas.

(Golubovic, Milutinovic, Ilic & Dordevic, 2021)

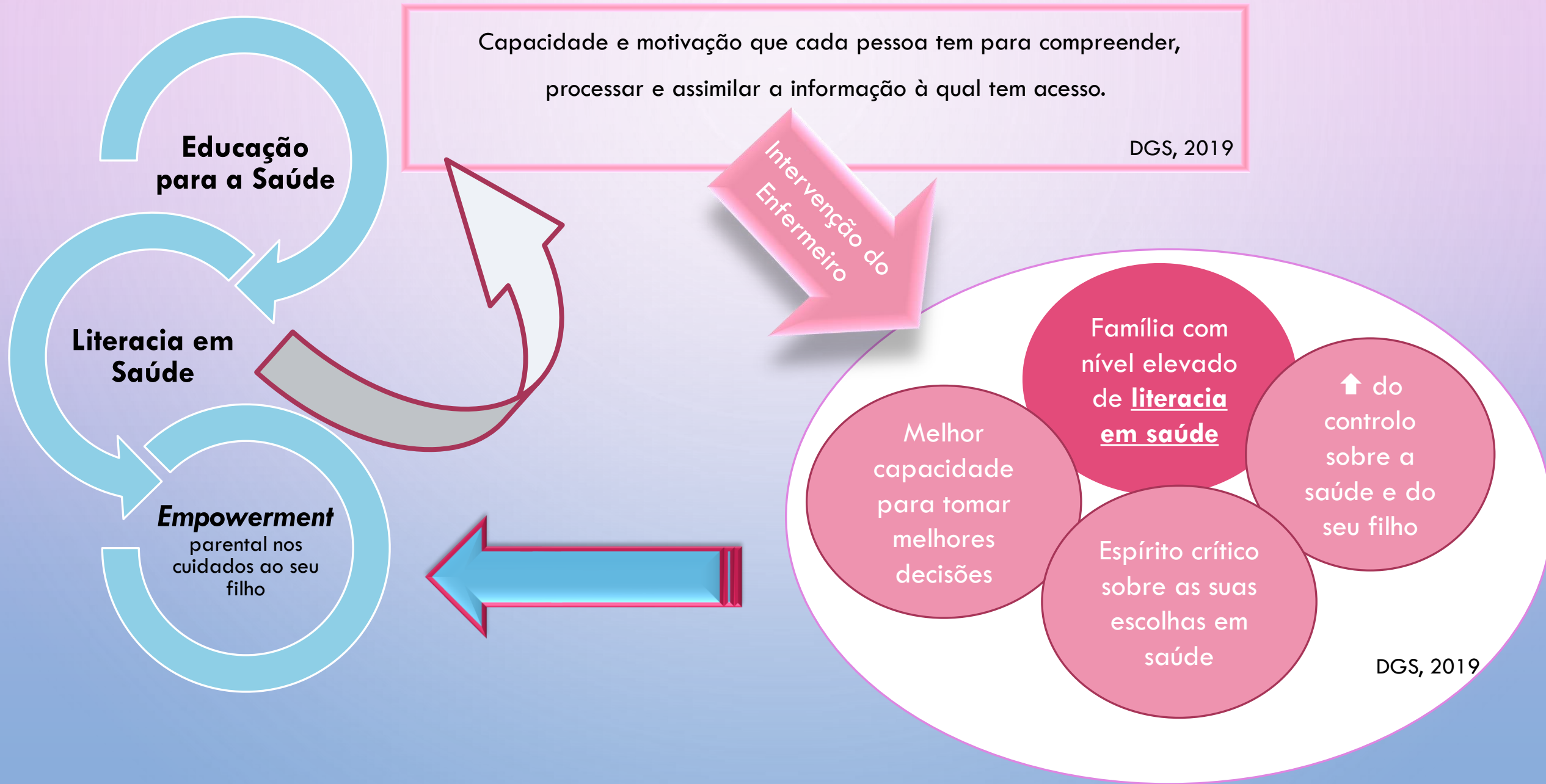
Os princípios do *empowerment* assentam no pressuposto de que a família adquire conhecimentos, habilidades e recursos que lhes permitem alcançar o controle sobre as suas próprias decisões e uma maior independência na tomada de decisão relacionada com a sua vida e com a do filho.

(Golubovic, Milutinovic, Ilic & Dordevic, 2021)



pinterest.pt

Evidência Científica



Intervenções de enfermagem promotoras do *empowerment* parental nos cuidados à criança com ostomia intestinal e família

O que sugerem?



Intervenções de enfermagem promotoras do *empowerment* parental nos cuidados à criança com ostomia intestinal e família



Questões?

Partilha de experiências ...



Referências Bibliográficas

- Direção-Geral da Saúde (2019). Manual de boas práticas, literacia em saúde: capacitação dos profissionais de saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Golubović, S., Milutinović, D., Ilić, S. & Đorđević, M. (2021). Empowerment Practice in Families Whose Child Has a Developmental Disability in the Serbian Context. *Journal of Pediatric Nursing*. 57, 15-22.
- Hockenberry, M. J. & Barrera, P. (2014). Perspetivas de enfermagem pediátrica. In M. J. Hockenberry, & D. Wilson (Eds.), Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente (pp. 1-20). Loures, Portugal: Lusodidata
- Norma nº 015/2016 (2017). Indicações clínicas e intervenção nas ostomias de eliminação intestinal em idade pediátrica e no adulto. Direção-Geral da Saúde. 1-38.
- Melo, M. C., Vilas-Boas, B. N. F., Martins, B. L., Vasconcellos, A. W. A. & Kamada, I. (2020). Práticas no cuidado à criança estomizada: narrativa de familiares. *Revista brasileira de enfermagem*. 73 (2). 1-8.
- McElfresh, P. B. & Merck, T. T. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença crónica ou incapacidade. In M. J. Hockenberry, & D. Wilson (Eds.), Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente (pp. 897-930). Loures, Portugal: Lusodidata
- Monteiro, S. N. C., Carvalho, E. M. P., Medeiros, L., Silva, A. L. & Guilhem, D. (2018). Educação em saúde para crianças com estomas intestinais: o enfermeiro como mediador do cuidar. *Revista pesquisa qualitativa*. 6 (10), 44-59.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica –série 1, n.3,vol.2*. Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Pereira, C., Fernandes, L., Tavares, M. & Fernandes, O. (2011). Empowerment: modelo de capacitação para uma nova filosofia de cuidados. *Nursing*. 267.
- Stetzer, M. N. (2021). Essential Ostomy Knowledge for Nurses: Promoting Adaptation in Children with New Ostomy and Their Caregivers. *Pediatric Nursing*. 47 (2), 71-78.



Obrigada...

APÊNDICE VII

Cartaz “Criança com ostomia intestinal – lesões cutâneas peri-estoma”

Criança com ostomia intestinal - Lesões cutâneas peri-estoma



A presença de uma ostomia na idade pediátrica constitui um processo de mudança e adaptação na vida da criança e da sua família ⁽⁴⁾. O enfermeiro possui um papel preponderante na adaptação da criança e família à ostomia ⁽⁷⁾. Para tal, o enfermeiro deve desenvolver competências a nível da educação para a saúde de forma a promover a capacitação da criança e família assegurando assim uma melhoria significativa dos cuidados domiciliários ^(6; 5).

As lesões peri-estoma são complicações que podem surgir tanto no pós-operatório imediato como no tardio, bem como no domicílio, decorrentes de outras patologias associadas e/ou doenças típicas da idade pediátrica ⁽²⁾. Estas complicações, quando surgem no pós-alta, levam muitas vezes a que a criança recorra aos serviços de saúde ⁽²⁾. As lesões peri-estoma mais frequentes são a **maceração, eritema e infeção fúngica** ^(3; 1; 2).



Maceração

Definição / descrição:

- ⇒ Inflamação da pele por exposição prolongada ao efluente ⁽¹⁾.
- ⇒ Abrasão da pele associada à humidade ⁽³⁾.

Tratamento:

- ✓ Limpar a pele adequadamente para remover bem o efluente ⁽⁸⁾.
- ✓ Observar a placa retirada para identificar fugas ⁽³⁾.
- ✓ Identificar e atuar na causa ^(1; 8).
- ✓ Otimizar o melhor dispositivo, que se ajuste bem ao estoma e evite extravasamentos do efluente para a pele ^(1; 3).
- ✓ Aplicar na pele macerada creme barreira em spray (lesão sem exsudado) e/ou pó cicatrizante (lesão exsudativa) e, se for necessário usar uma barreira para a pele para evitar fugas, como o anel moldável, pasta em tiras ou pasta de barreira sem álcool ^(3; 1; 8).
- ✓ Ponderar o uso de removedor de adesivo em spray e tiras de fixação dependendo da área de lesão abrangida.



Eritema

Definição / descrição:

- ⇒ Resposta inflamatória decorrente de uma hipersensibilidade a componentes químicos presentes nos produtos usados na ostomia ⁽¹⁾.
- ⇒ Sintomas: prurido, pele vermelha e descamativa ^(1; 8).

Tratamento:

- ✓ Identificar o produto/material alérgeno e removê-lo ⁽¹⁾.
- ✓ Evitar cremes e pomadas: interferem com a aderência do dispositivo ⁽³⁾.
- ✓ Evitar o uso de produtos acessórios, só se estritamente necessário ⁽⁸⁾.
- ✓ Falar com equipa médica sobre possibilidade da aplicação de corticoide em spray: controlo da inflamação e alívio dos sintomas ⁽³⁾.
- ✓ Ajustar a frequência da troca do dispositivo até que a irritação/inflamação melhore ⁽³⁾.



Infeção Fúngica

Definição / descrição:

- ⇒ A causa mais comum é infeção por *Candida Albicans* ⁽¹⁾.
- ⇒ Erupção cutânea que se apresenta como uma vermelhidão difusa ao redor do estoma com pequenas saliências na pele circundante ⁽⁸⁾.
- ⇒ Relacionada com exposição prolongada à humidade ⁽¹⁾.
- ⇒ Sintomas: sensação de queimadura e/ou prurido na região peri-estoma ⁽⁸⁾.

Tratamento:

- ✓ Aplicar antifúngico em pó, preferencialmente. Caso não haja, aplicar em creme, depois deixar atuar 20/30 minutos e só depois colocar a placa de ostomia ⁽³⁾.
- ✓ Para controlar a humidade, após aplicação do antifúngico em creme aplicar pó cicatrizante ⁽³⁾.
- ✓ Usar dispositivo de 2 peças e adequar a troca, nunca mais do que 2 dias ⁽³⁾.



Referências Bibliográficas:

1. Batalla, M.L.C., González, M. J. G., Romero, C. M., Cano, A. M., Moreno, A. M. A., Muñoz, E. S., & Cardona, A. V. (2019). *Guía de atención integral al niño ostomizado*. Madrid: Coloplast Productos Médicos, S.A.
2. Faria, T. F. & Kamada, I. (2020). Complicações de estomias e perfil clínico de crianças atendidas em um hospital de referência. *Estima*. 18, 1-8.
3. Goldberg, M., Colwell, J., Burns, S., Carmel, J., Fellows, J., Hendren, S. ... Steinberg, G. (2018). Management of the adult patient with a fecal or urinary ostomy - An executive summary. *Journal wound ostomy continence nursing*. 45 (1), 50-58.
4. Melo, M. C., Vilas-Boas, B. N. F., Martins, B. L., Vasconcellos, A. W. A. & Kamada, I. (2020). Práticas no cuidado à criança estomizada: narrativa de familiares. *Revista brasileira de enfermagem*. 73 (2). 1-8.
5. Monteiro, S. N. C., Carvalho, E. M. P., Medeiros, L., Silva, A. L. & Guilhem, D. (2018). Educação em saúde para crianças com estomas intestinais: o enfermeiro como mediador do cuidar. *Revista pesquisa qualitativa*. 6 (10), 44-59.
6. Norma nº 015/2016 (2017). Indicações clínicas e intervenção nas ostomias de eliminação intestinal em idade pediátrica e no adulto. Direção-Geral da Saúde. 1-38.
7. Stetzer, M. N. (2021). Essential Ostomy Knowledge for Nurses: Promoting Adaptation in Children with New Ostomy and Their Caregivers. *Pediatric Nursing*. 47 (2), 71-78.
8. Wound, Ostomy and Continence Nurses Society (WOCN). (2020). *Pediatric ostomy care best practice for clinicians*. [s.l]: WOCN. Disponível em: https://cdn.ymaws.com/member.wocn.org/resource/resmgr/document_library/PEDIATRIC_OSTOMY_COMPLICATIO.pdf

Elaborado por: Lucília Campos, Mestranda do 12.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

Enfermeira orientadora: Enfermeira no Serviço de Urgência de Pediatria,

Professora orientadora: Sónia Rodrigues, ESEL.

Dezembro, 2021

APÊNDICE VIII

Kit ostomia de eliminação intestinal



Exterior do KIT



Interior do KIT



Materiais que constituem o KIT

APÊNDICE IX

Cartaz “Dispositivos e Acessórios para Ostomia”

Criança com ostomia intestinal - Dispositivos e Acessórios para ostomia



A escolha do melhor sistema coletor a ser usado na criança com ostomia, por parte do enfermeiro, está relacionado com o seu conhecimento, experiência e competências desenvolvidas nesta área. Para tal, o enfermeiro deve desenvolver competências a nível da educação para a saúde de forma a promover a capacitação da criança e família assegurando assim uma melhoria significativa dos cuidados domiciliários, o que resulta em crianças e família confiantes e adaptadas a esta nova realidade. Para a seleção do dispositivo deve-se ter em atenção alguns fatores, tais como: idade da criança, peso e área do abdómen; tipo de ostomia (ileostomia ou colostomia); diâmetro do estoma; integridade da pele peri-estoma; consistência e volume diário do efluente; destreza e mobilidade do cuidados e/ou criança e disponibilidade dos produtos.

A avaliação do estoma e da pele peri-estoma deve ser devidamente avaliada aquando da troca do dispositivo, para se conseguir tomar decisões adequadas, prevenir e controlar complicações atempadamente. Para tal, é necessário conhecer bem os dispositivos e acessórios disponíveis para os mesmos serem adequados à criança e ao contexto da mesma.

Dispositivos de Ostomia		
Tipos		Características
N.º de Peças	1 Peça	• Maior flexibilidade. • Melhor adaptação aos movimentos. • Impossibilidade de se limpar estoma sem se retirar o dispositivo. • Durabilidade de 24 horas.
	2 Peças	• Menor flexibilidade comparativamente ao de 1 peça. • Possibilidade de se limpar o estoma e de substituir o caso sem retirar a placa. • Durabilidade de 3 a 5 dias.
Base da Placa	Plana	• Usada quando o plano peri-estoma não altera com as mudanças de posição e a posição do estoma é adequada para direcionar o efluente para o saco/bolsa.
	Convexa	• Usado em estoma rasos. • Suporta a pele peri-estoma quando as dobras e/ou vincos cutâneos interferem com a aderência do dispositivo. • Deve ser evitada nos recém-nascidos e no pós-operatório imediato, devido à fragilidade muscular.
Saco coletor	Fechado	• Usado em fezes sólidas e/ou pastosas (colostomia).
	Aberto	• Usado em fezes líquidas ou semi-líquidas (ileostomia).
Cor do Saco coletor	Opaco	• Sacos opacos, em que não se consegue visualizar o interior do mesmo • Usado após a alta.
	Transparente	• Usado no pós-operatório, pois permite uma visualização adequada do estoma e do efluente.

Acessórios para ostomia		
Função	Designação	Descrição
Suporte	Tiras de fixação	♦ Material antialérgico, hidrocolóide ou silicone para aumento da área de adesividade das placas à pele. ♦ É adaptável às diferentes formas do corpo.
Proteção	Protetor cutâneo em spray ou toalhete	♦ Aplicado na pele forma uma película protetora incolor e transparente, tornando-se uma barreira contra fluídos e lesões cutâneas provocadas por trocas frequentes de dispositivos coletores, por exemplo na maceração. ♦ Não afeta aderência do dispositivo.
Remoção	Removedor em spray	♦ De aplicação direta na pele. ♦ Facilita a remoção das componentes adesivas do dispositivo, sem provocar abrasão da pele.
Cicatrização	Pó	♦ Indicado na pele peri-estoma macerada. ♦ Absorve a humidade, exsudados e efluentes, mantendo a pele seca, evitando futuras irritações e cicatrizando as lesões.
Nivelamento	Pasta em anel moldável	♦ Indicada para proteger a pele, aumentar a adesão das placas à pele, para nivelar dobras e irregularidades da pele próxima ao estoma. ♦ Confirmar os constituintes da pasta em bisnaga. Algumas têm na sua composição álcool, pelo que estas não devem ser usadas em pele com solução de continuidade. ♦ As tiras e/ou anéis estão indicados para o ajuste de dispositivos de 1 ou 2 peças em estomas com retração ou necessidade de nivelação. Trata-se de uma barreira de resina sintética não estéril em formato de anéis convexas ou em tiras, que podem ser moldados, obtendo ajuste perfeito ao dispositivo de ostomia, prevenindo fugas de efluente.
	Pasta em bisnaga	
	Pasta em tiras	

Referências Bibliográficas:

- ✓ Batalla, M.L.C., González, M. J. G., Romero, C. M., Cano, A. M., Moreno, A. M. A., Muñoz, E. S., & Cardona, A. V. (2019). *Guía de atención integral al niño ostomizado*. Madrid: Coloplast Productos Médicos, S.A.
- ✓ Goldberg, M., Colwell, J., Burns, S., Carmel, J., Fellows, J., Hendren, S. ... Steinberg, G. (2018). Management of the adult patient with a fecal or urinary ostomy - An executive summary. *Journal wound ostomy continence nursing*. 45 (1), 50-58.
- ✓ Monteiro, S. N. C., Carvalho, E. M. P., Medeiros, L., Silva, A. L. & Guilhem, D. (2018). Educação em saúde para crianças com estomas intestinais: o enfermeiro como mediador do cuidar. *Revista pesquisa qualitativa*. 6 (10), 44-59.
- ✓ Norma nº 015/2016 (2017). Indicações clínicas e intervenção nas ostomias de eliminação intestinal em idade pediátrica e no adulto. Direção-Geral da Saúde. 1-38.
- ✓ Stetzer, M. N. (2021). Essential Ostomy Knowledge for Nurses: Promoting Adaptation in Children with New Ostomy and Their Caregivers. *Pediatric Nursing*. 47 (2), 71-78.
- ✓ Wound, Ostomy and Continence Nurses Society (WOCN). (2020). *Pediatric ostomy care best practice for clinicians*. [s.l.]: WOCN. Disponível em: https://cdn.ymaws.com/member.wocn.org/resource/resmgr/document_library/PEDIATRIC_OSTOMY_COMPLICATIO.pdf
- ✓ <https://www.50maissaude.com.br/coloplast/estomias/bolsas-de-colostomia-e-ileostomia/infantil>
- ✓ <https://www.facebook.com/enfermerasamulen/photos/a.1921059478198058/2078631319107539/>

Elaborado por: Lucília Campos, Mestranda do 12.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

Enfermeira orientadora: [Nome], Enfermeira no Serviço de Reabilitação Pediátrica e Desenvolvimento do [Nome].

Professora orientadora: Sónia Rodrigues, ESEL.



APÊNDICE X

Dispositivos e Acessórios para Ostomia

**12.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria**

Unidade Curricular:
Estágio com Relatório

Dispositivos e Acessórios para Ostomia

- Serviço de Reabilitação Pediátrica e Desenvolvimento do

Centro de Medicina e Reabilitação da Universidade Nova de Lisboa -

Lucília Maria Vieira Diogo Campos, n.º 10488

Professora Orientadora: Sónia Rodrigues

Enfermeira Orientadora:

Lisboa
Dezembro 2021

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	3
1. CUIDADOS À CRIANÇA COM OSTOMIA INTESTINAL: DISPOSITIVOS COLETORES E ACESSÓRIOS	5
2. CONCLUSÃO	9
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	10

APÊNDICES

Apêndice I – *Kit* de ostomia de eliminação intestinal

Apêndice II – Cartaz “Dispositivos e Acessórios para Ostomia”

INTRODUÇÃO

A presença de ostomia intestinal na criança, para além de indicar uma condição crónica, provoca alterações no dia-a-dia da criança e família, quer a nível fisiológico, psicológico e social, podendo afetar assim a sua qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2011; Zacarin, Borges & Dupas, 2018).

O enfermeiro tem um papel preponderante e privilegiado na adaptação da criança e família a esta nova realidade (Stetzer, 2021).

Perante esta nova situação, a intervenção do enfermeiro deve ser focada na educação para a saúde, usando estratégias educativas adequadas às necessidades de cada criança/família, possibilitando momentos propícios de discussão com a família, promovendo assim a reorganização familiar, o que irá facilitar e contribuir para um adequado desenvolvimento da criança (Monteiro, Carvalho, Medeiros, Silva & Guilhem, 2018; Ordem dos Enfermeiros, 2010).

A palavra ostomia é de origem grega, que tem o significado de abertura de um órgão oco, realizada cirurgicamente, no qual o órgão passa a estar em contato com a superfície da pele, no caso da ostomia intestinal para possibilitar o esvaziamento intestinal (Zacarin et al., 2018). As ostomias de eliminação intestinal podem ser de dois tipos: ileostomia ou colostomias (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

As causas mais frequentes para a realização de ostomia intestinal são a enterocolite necrosante, imperfuração anal, doença de hirschsprung, gastrosquisis, volvo, oclusões intestinais, trauma, entre outras (Ordem dos Enfermeiros, 2011; Stetzer, 2021).

No âmbito do exercício da sua profissão, o enfermeiro é essencial no processo de reabilitação do doente ostomizado e sua família (Stetzer, 2021). Para tal deve desenvolver competências nesta área, a nível de capacitação técnica e humana, de forma a conseguir partilhá-las eficazmente com a criança e família (Monteiro, Carvalho, Medeiros, Silva & Guilhem, 2018; Stetzer, 2021).

Neste sentido, surge a necessidade de elaborar um kit de ostomia de eliminação intestinal (Apêndice I) e de um cartaz de suporte à utilização do kit (Apêndice II). O Kit é constituído por materiais que auxiliam os cuidados à ostomia, como dispositivos coletores, acessórios de ostomia e, modelos de abdómen com estomas, que irão possibilitar o treino dos dispositivos e

acessórios, quer por parte do enfermeiro, quer da família e criança, com a finalidade de conseguir que o dispositivo coletor e acessório seja o mais adequado à criança, de acordo com as suas necessidades.

1. CUIDADOS À CRIANÇA COM OSTOMIA INTESTINAL: DISPOSITIVOS COLETORES E ACESSÓRIOS

A escolha do melhor sistema coletor a ser usado na criança com ostomia, por parte do enfermeiro, está relacionado com o seu conhecimento, experiência e competências desenvolvidas nesta área. Para tal, o enfermeiro deve desenvolver competências a nível da educação para a saúde de forma a promover a capacitação da criança e família assegurando assim uma melhoria significativa dos cuidados domiciliários, o que resulta em crianças e família confiantes e adaptadas a esta nova realidade (Monteiro, Carvalho, Medeiros, Silva & Guilhem, 2018; Norma n.º 015/2016, 2017).

Para a seleção do dispositivo deve-se ter em atenção alguns fatores, tais como: idade da criança, peso e área do abdómen; tipo de ostomia (ileostomia ou colostomia); diâmetro do estoma; integridade da pele peri-estoma; consistência e volume diário do efluente; destreza, mobilidade da criança e disponibilidade dos produtos (Batalla, 2019; *Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*, 2020).

A escolha do dispositivo deve ter em consideração os princípios da segurança (bom ajuste ao estoma e aderência à pele peri-estoma; proteção e conforto), garantia de conservação da integridade da pele peri-estoma e facilidade, ou seja, a simplicidade na remoção e adaptação do dispositivo (Peixoto, 2014).

O enfermeiro, em parceria com a criança e família, analisa as várias opções disponíveis e escolhe a mais adequada à idade e situação clínica da criança (*Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*, 2020).

Esta parceria de cuidados deve ser fundamentada numa relação de confiança com a criança e família, baseada numa comunicação eficaz e adequada (Batalla, 2019).

A avaliação do estoma e da pele peri-estoma deve ser devidamente avaliada aquando da troca do dispositivo, para se conseguir tomar decisões adequadas, prevenir e controlar complicações atempadamente (Batalla, 2019). Para tal, é necessário conhecer bem os dispositivos e acessórios disponíveis para os mesmos serem adequados à criança e ao contexto da mesma (Batalla, 2019).

Esta partilha de conhecimentos irá possibilitar: a prevenção de complicações associadas ao manuseamento dos materiais de ostomia; diminuição de recorrência à urgência; promoção da independência e autonomia da criança e família; normalização da vida da criança e família; aceitação da ostomia por parte da família e criança e sensação de controle e poder da sua própria vida (Batalla, 2019).

Quadro 1 – Dispositivos de ostomia

Dispositivos de Ostomia		
Tipos		Características
N.º de Peças	1 Peça	⇒ Maior flexibilidade ⇒ Melhor adaptação aos movimentos ⇒ Impossibilidade de se limpar estoma sem se retirar o dispositivo ⇒ Durabilidade de 24 horas
	2 Peças	⇒ Menor flexibilidade comparativamente ao de 1 peça ⇒ Possibilidade de se limpar o estoma e de substituir o caso sem retirar a placa ⇒ Durabilidade de 3 a 5 dias
Base da Placa	Plana	⇒ Usada quando o plano peri-estoma não altera com as mudanças de posição e a posição do estoma é adequada para direcionar o efluente para o saco/bolsa
	Convexa	⇒ Usado em estoma rasos ⇒ Suporta a pele peri-estoma quando as dobras e/ou vincos cutâneos interferem com a aderência do dispositivo ⇒ Deve ser evitada nos recém-nascidos e no pós-operatório imediato, devido à fragilidade muscular
Saco coletor	Fechado	⇒ Usado em fezes sólidas e/ou pastosas (colostomia)
	Aberto	⇒ Usado em fezes líquidas ou semi-líquidas (ileostomia)

Cor do Saco coletor	Opaco	⇒ Sacos opacos, em que não se consegue visualizar o interior do mesmo ⇒ Usado após a alta
	Transparente	⇒ Usado no pós-operatório, pois permite uma visualização adequada do estoma e do efluente

Fonte: *Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*, 2020

Quadro 2 – Acessórios para ostomia

Acessórios para ostomia		
Função	Designação	Descrição
Suporte	Tiras de fixação	⇒ Material antialérgico, hidrocolóide ou silicone para aumento da área de adesividade das placas à pele ⇒ É adaptável às diferentes formas do corpo
Proteção	Protetor cutâneo em spray ou toalhete	⇒ Aplicado na pele forma uma película protetora incolor e transparente, tornando-se uma barreira contra fluídos e lesões cutâneas provocadas por trocas frequentes de dispositivos coletores, por exemplo na maceração ⇒ Não afeta aderência do dispositivo
Remoção	Removedor em spray	⇒ De aplicação direta na pele ⇒ Facilita a remoção das componentes adesivas do dispositivo, sem provocar abrasão da pele
Cicatrização	Pó	⇒ Indicado na pele peri-estoma macerada ⇒ Absorve a humidade, exsudados e efluentes, mantendo a pele seca, evitando futuras irritações e cicatrizando as lesões

Nivelamento	Pasta em anel moldável	⇒ Indicada para proteger a pele, aumentar a adesão das placas à pele, para nivelar dobras e irregularidades da pele próxima ao estoma
	Pasta em bisnaga	⇒ Confirmar os constituintes da pasta em bisnaga. Algumas têm na sua composição álcool, pelo que estas não devem ser usadas em pele com solução de continuidade
	Pasta em tiras	⇒ As tiras e/ou anéis estão indicados para o ajuste de dispositivos de 1 ou 2 peças em estomas com retração ou necessidade de nivelção. Trata-se de uma barreira de resina sintética não estéril em formato de anéis convexos ou em tiras, que podem ser moldados, obtendo ajuste perfeito ao dispositivo de ostomia, prevenindo fugas de efluente

Fonte: Norma n.º 015/2016, 2017; *Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*, 2020

2. CONCLUSÃO

O processo de preparação da alta da criança e família deve ser iniciado o mais precocemente possível de forma a ser garantida uma capacitação adequada da criança e família, tendo em conta as características de cada família, idade e desenvolvimento psicomotor da criança (Batalla, 2019). Este processo exige envolvimento e investimento científico por parte do enfermeiro, para através de estratégias educativas o conseguir partilhar com a família e criança (Batalla, 2019; Stetzer, 2021).

O enfermeiro especialista tem um papel preponderante em promover e fomentar a autonomia da família, nomeadamente na aquisição de habilidades, isto é, tornar a família especialista nos cuidados ao filho (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Para tal, é necessário estabelecer uma relação terapêutica com a criança e família, com o intuito de criar uma parceria de cuidados eficaz e baseada em confiança, construída através da comunicação e a negociação entre a família e o enfermeiro (McElfresh & Merck, 2014).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Batalla, M.L.C., González, M. J. G., Romero, C. M., Cano, A. M., Moreno, A. M. A., Muñoz, E. S., & Cardona, A. V. (2019). *Guía de atención integral al niño ostomizado*. Madrid: Coloplast Productos Médicos, S.A.

McElfresh, P. B. & Merck, T. T. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença crónica ou incapacidade. In M. J. Hockenberry, & D. Wilson (Eds), *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 897-930). Loures, Portugal: Lusodidata.

Monteiro, S. N. C., Carvalho, E. M. P., Medeiros, L., Silva, A. L. & Guilhem, D. (2018). Educação em saúde para crianças com estomas intestinais: o enfermeiro como mediador do cuidar. *Revista pesquisa qualitativa*, 6 (10), 44-59.

Norma nº 015/2016 (2017). Indicações clínicas e intervenção nas ostomias de eliminação intestinal em idade pediátrica e no adulto. Direção-Geral da Saúde. 1-38.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica –série 1, n.3, vol.2*. Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica – Volume I*. Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Peixoto, P. (2014). Ostomias. In Afonso, C. et al. (Coord.) *Prevenção e tratamento de feridas - da evidência à prática*, (pp. 345-379). Porto: Care4Wounds.

Stetzer, M. N. (2021). Essential Ostomy Knowledge for Nurses: Promoting Adaptation in Children with New Ostomy and Their Caregivers. *Pediatric Nursing*, 47 (2), 71-78.

Wound, Ostomy and Continence Nurses Society (WOCN). (2020). *Pediatric ostomy care best practice for clinicians*. [s.l]: WOCN. Disponível em: https://cdn.ymaws.com/member.wocn.org/resource/resmgr/document_library/PEDIATRIC_OSTOMY_COMPLICATIONS.pdf

Zacarin, C. F. L., Borges, A. A. & Dupas, G. (2018). A experiência familiar

de crianças e adolescentes com estoma gastrointestinais. *Ciência cuidado e saúde*, 2, 1-7. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v17i2.41278

APÊNDICE I

Kit ostomia de eliminação intestinal



Exterior do KIT



Interior do KIT



Materiais que constituem o KIT

APÊNDICE II

Cartaz “Dispositivos e Acessórios para Ostomia”

Criança com ostomia intestinal - Dispositivos e Acessórios para ostomia

A escolha do melhor sistema coletor a ser usado na criança com ostomia, por parte do enfermeiro, está relacionado com o seu conhecimento, experiência e competências desenvolvidas nesta área. Para tal, o enfermeiro deve desenvolver competências a nível da educação para a saúde de forma a promover a capacitação da criança e família assegurando assim uma melhoria significativa dos cuidados domiciliários, o que resulta em crianças e família confiantes e adaptadas a esta nova realidade. Para a seleção do dispositivo deve-se ter em atenção alguns fatores, tais como: idade da criança, peso e área do abdómen; tipo de ostomia (ileostomia ou colostomia); diâmetro do estoma; integridade da pele peri-estoma; consistência e volume diário do efluente; destreza e mobilidade do cuidados e/ou criança e disponibilidade dos produtos.

A avaliação do estoma e da pele peri-estoma deve ser devidamente avaliada aquando da troca do dispositivo, para se conseguir tomar decisões adequadas, prevenir e controlar complicações atempadamente. Para tal, é necessário conhecer bem os dispositivos e acessórios disponíveis para os mesmos serem adequados à criança e ao contexto da mesma.



Dispositivos de Ostomia		
Tipos		Características
N.º de Peças	1 Peça	• Maior flexibilidade. • Melhor adaptação aos movimentos. • Impossibilidade de se limpar estoma sem se retirar o dispositivo. • Durabilidade de 24 horas.
	2 Peças	• Menor flexibilidade comparativamente ao de 1 peça. • Possibilidade de se limpar o estoma e de substituir o caso sem retirar a placa. • Durabilidade de 3 a 5 dias.
Base da Placa	Plana	• Usada quando o plano peri-estoma não altera com as mudanças de posição e a posição do estoma é adequada para direcionar o efluente para o saco/bolsa.
	Convexa	• Usado em estoma rasos. • Suporta a pele peri-estoma quando as dobras e/ou vincos cutâneos interferem com a aderência do dispositivo. • Deve ser evitada nos recém-nascidos e no pós-operatório imediato, devido à fragilidade muscular.
Saco coletor	Fechado	• Usado em fezes sólidas e/ou pastosas (colostomia).
	Aberto	• Usado em fezes líquidas ou semi-líquidas (ileostomia).
Cor do Saco coletor	Opaco	• Sacos opacos, em que não se consegue visualizar o interior do mesmo • Usado após a alta.
	Transparente	• Usado no pós-operatório, pois permite uma visualização adequada do estoma e do efluente.

Acessórios para ostomia		
Função	Designação	Descrição
Suporte	<i>Tiras de fixação</i>	♦ Material antialérgico, hidrocolóide ou silicone para aumento da área de adesividade das placas à pele. ♦ É adaptável às diferentes formas do corpo.
Proteção	<i>Protetor cutâneo em spray ou toalhete</i>	♦ Aplicado na pele forma uma película protetora incolor e transparente, tornando-se uma barreira contra fluídos e lesões cutâneas provocadas por trocas frequentes de dispositivos coletores, por exemplo na maceração. ♦ Não afeta aderência do dispositivo.
Remoção	<i>Removedor em spray</i>	♦ De aplicação direta na pele. ♦ Facilita a remoção das componentes adesivas do dispositivo, sem provocar abrasão da pele.
Cicatrização	<i>Pó</i>	♦ Indicado na pele peri-estoma macerada. ♦ Absorve a humidade, exsudados e efluentes, mantendo a pele seca, evitando futuras irritações e cicatrizando as lesões.
Nivelamento	<i>Pasta em anel moldável</i>	♦ Indicada para proteger a pele, aumentar a adesão das placas à pele, para nivelar dobras e irregularidades da pele próxima ao estoma. ♦ Confirmar os constituintes da pasta em bisnaga. Algumas têm na sua composição álcool, pelo que estas não devem ser usadas em pele com solução de continuidade. ♦ As tiras e/ou anéis estão indicados para o ajuste de dispositivos de 1 ou 2 peças em estomas com retração ou necessidade de nivelção. Trata-se de uma barreira de resina sintética não estéril em formato de anéis convexas ou em tiras, que podem ser moldados, obtendo ajuste perfeito ao dispositivo de ostomia, prevenindo fugas de efluente.
	<i>Pasta em bisnaga</i>	
	<i>Pasta em tiras</i>	

Referências Bibliográficas:

- ✓ Batalla, M.L.C., González, M. J. G., Romero, C. M., Cano, A. M., Moreno, A. M. A., Muñoz, E. S., & Cardona, A. V. (2019). *Guía de atención integral al niño ostomizado*. Madrid: Coloplast Productos Médicos, S.A.
- ✓ Goldberg, M., Colwell, J., Burns, S., Carmel, J., Fellows, J., Hendren, S. ... Steinberg, G. (2018). Management of the adult patient with a fecal or urinary ostomy - An executive summary. *Journal wound ostomy continence nursing*. 45 (1), 50-58.
- ✓ Monteiro, S. N. C., Carvalho, E. M. P., Medeiros, L., Silva, A. L. & Guilhem, D. (2018). Educação em saúde para crianças com estomas intestinais: o enfermeiro como mediador do cuidar. *Revista pesquisa qualitativa*. 6 (10), 44-59.
- ✓ Norma nº 015/2016 (2017). Indicações clínicas e intervenção nas ostomias de eliminação intestinal em idade pediátrica e no adulto. Direção-Geral da Saúde. 1-38.
- ✓ Stetzer, M. N. (2021). Essential Ostomy Knowledge for Nurses: Promoting Adaptation in Children with New Ostomy and Their Caregivers. *Pediatric Nursing*. 47 (2), 71-78.
- ✓ Wound, Ostomy and Continence Nurses Society (WOCN). (2020). *Pediatric ostomy care best practice for clinicians*. [s.l.]: WOCN. Disponível em: https://cdn.ymaws.com/member.wocn.org/resource/resmgr/document_library/PEDIATRIC_OSTOMY_COMPLICATIO.pdf
- ✓ <https://www.50maissaude.com.br/coloplast/estomias/bolsas-de-colostomia-e-ileostomia/infantil>
- ✓ <https://www.facebook.com/enfermerasamulen/photos/a.1921059478198058/2078631319107539/>

Elaborado por: Lucília Campos, Mestranda do 12.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

Enfermeira orientadora: , Enfermeira no Serviço de Reabilitação Pediátrica e Desenvolvimento do .

Professora orientadora: Sónia Rodrigues, ESEL.



ANEXOS

ANEXO I

Certificado de presença no *Workshop* “Oxigenoterapia por alto fluxo”

Jornadas de **URGÊNCIA EMERGÊNCIA** em **Pediatria** *Cuidar de Excelência*

UNIDADE DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA
EQUIPA DE ENFERMAGEM
Hospital de São Bernardo
SETÚBAL

Setúbal, 21 de maio de 2021

A Presidência das Jornadas de
Urgência | Emergência em Pediatria

Enf. Gestor do Serviço de Pediatria do CHS
Francisco Vaz

Enf.ª Especialista do Serviço de Pediatria do CHS
Rute Trigo

20 e 21 MAIO
2021
Plataforma
Online

CERTIFICADO

Certifica-se que **Lucília Maria Vieira Diogo Campos** participou no **Workshop**
“Oxigenoterapia por alto fluxo”, com duração de 1h, nas **Jornadas de Urgência**
| Emergência em Pediatria: Cuidar de Excelência do Centro Hospitalar de
Setúbal, que decorreram nos dias **20 e 21 de Maio de 2021**, em plataforma online.



ANEXO II

Declaração de presença no curso “Princípios em estomaterapia – pessoa com
ostomia e eliminação intestinal”



CENTRO DE FORMAÇÃO

CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE, EPE

Acreditado pela ACSS processo de renovação n.º 015/19-10-2000 e despacho ministerial de 26-01-2001
Entidade equiparada a certificada pela DGERT, de acordo com o artigo 4º da Portaria n.º 851/2010 de 6-09-2010

DECLARAÇÃO DE FREQUÊNCIA DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Declara-se que, **Lucília Maria Vieira Diogo Campos**, natural de Alijó, nascida a 25-04-1984, nacionalidade Portuguesa, do sexo Feminino com Documento de Identificação n.º 12588608-0ZY2, válido até 11-01-2028, frequentou nos dias 10, 11, 17, 18, 19 de Novembro e 28 de Dezembro de 2021, perfazendo um total de 19 horas, o Curso de Formação Profissional ***Princípios em Estomaterapia – Pessoa com Ostomia de Eliminação Intestinal*** com a duração de 23 horas.

Lisboa, 15 de dezembro de 2022

O Responsável pela Entidade Formadora

Alexandra Costa
Diretora do Centro de Formação do CHULN