



Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Anexos e Apêndices

**Capacitação Parental no Cuidado à Criança com Cardiopatia
Congénita**

Parental Training in Caring for Children with Congenital Heart Disease

Andreia Alexandra Carvalhos Santos



**Lisboa
2024**



Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Anexos e Apêndices

Capacitação Parental no Cuidados à Criança com Cardiopatia
Congénita

Parental Training in Caring for Children with Congenital Heart Disease

Andreia Alexandra Carvalho Santos

Orientadora: Prof.^a Doutora Maria de Fátima Frade



Lisboa
2024

ANEXOS

Anexo 1 - Certificado de participação Formação em Serviço: Caso Clínico

Anexo 2 - Certificado de Participação no Journal Club: AVC Isquémico Perinatal

Anexo 3 - Certificado de Participação no Journal Club: Vídeos e situações clínicas de Neurologia

Anexo 4 - Certificado de Participação no II Encontro de Enfermagem de Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricas do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

APÊNDICES

Apêndice I - Autodiagnóstico das necessidades de aprendizagem face ao desenvolvimento das Competências Comuns do EE e as Específicas EESIP

Apêndice II - Mapa Conceptual

Apêndice III – Cronograma

Apêndice IV - Guia Orientador de Estágio

Apêndice V - Trabalho “Diarreia e Vómitos em idade pediátrica”

Apêndice VI - Análise crítica e reflexiva sobre uma intervenção de enfermagem especializada

Apêndice VII - Sessão de Formação: Capacitação Parental no Cuidado à criança com cardiopatia congénita – um projeto de formação

Apêndice VIII - Estudo de Caso apresentado em Comunicação oral no II Encontro de Enfermagem de Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricas do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

Apêndice IX - Sessão de Formação: Cuidar da criança com cardiopatia congénita

Apêndice X - Guias Orientadores para os Pais - Serviço de Internamento Pediátrico

Anexos

Anexo 1

Certificado de participação Formação em Serviço: Caso Clínico



HOSPITAL
Garcia de Orta E.P.E.
A referência a Sul

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

CERTIFICADO

Declara-se que

Andreia Alexandra Carvalho Santos _____,

portador/a do BI/CC nº 12337811 _____,

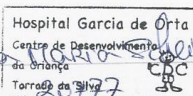
frequentou a Formação em Serviço

Caso Clínico – Comorbilidades Neuropsiquiátricas nas
Distrofinopatias _____,

que se realizou em _11_ / _07_ / 2023 _____,

com uma carga horária de _2_ horas.

O SERVIÇO



Anexo 2

Certificado de Participação no Journal Club: AVC Isquêmico Perinatal



HOSPITAL
Garcia de Orta E.P.E.
A referência a Sul

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

CERTIFICADO

Declara-se que

Andreia Alexandra Carvalho Santos _____,

portador/a do BI/CC nº 12337811 _____,

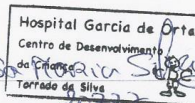
frequentou a Formação em Serviço

Journal Club – AVC Isquémico Perinatal _____,

que se realizou em _13_ / _07_ / 2023 _____,

com uma carga horária de __30 minutos.

O SERVIÇO



Anexo 3

Certificado de Participação no Journal Club: Vídeos e situações clínicas de Neurologia



HOSPITAL
Garcia de Orta E.P.E.
A referência a Sul

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

CERTIFICADO

Declara-se que

Andreia Alexandra Carvalho Santos _____,

portador/a do BI/CC nº 12337811 _____,

frequentou a Formação em Serviço

Journal Club – Vídeos e situações clínicas de Neurologia AAN _____,

que se realizou em _20___ / _07___ / 2023 _____,

com uma carga horária de __30 minutos.

O SERVIÇO

Hospital Garcia de Orta
Centro de Desenvolvimento
Psiquiátrico
Torrado da Silva
20777

Anexo 4

Certificado de Participação no II Encontro de Enfermagem de Unidades de Cuidados
Intensivos Neonatais e Pediátricas do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central



CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
CENTRAL

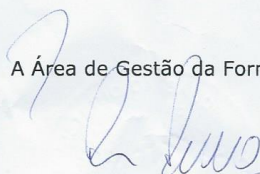
Gestão da Formação

CERTIFICADO

Certifica-se que **ANDREIA ALEXANDRA CARVALHO SANTOS** colaborou como Formador(a) no **"II Encontro de Enfermagem de UCI Neonatais e Pediátricas do CHULC - "A Globalidade do Cuidar à Criança em Situação Crítica"**, realizado no **dia 26 de Outubro de 2023**, com a duração total de **6 horas e 30 minutos**.

Lisboa, 09 de Novembro de 2023

A Área de Gestão da Formação


Rui Pereira
Técnico Superior

Certificado N.º1448/2023/MC

Entidade Acreditada por Despacho Ministerial de 14-05-2001
(Processo de Renovação nº 080/09-04-2001 – ACSS)

APÊNDICES

Apêndice I

Autodiagnóstico das necessidades de aprendizagem face ao desenvolvimento das
Competências Comuns do EE e as Específicas EESIP

Desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Autodiagnóstico das necessidades de aprendizagem

Competência A1 — Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.

Descritivo: O Enfermeiro Especialista demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético -deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente.

Unidade de competência Critérios de avaliação	Evidência/s no meu exercício profissional	Nível de competência auto percebido <1 >4
A1.1 — Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas. A1.1.1 — Constrói as estratégias de resolução de problemas em parceria com o cliente. A1.1.2 — Suporta a tomada de decisão em juízo baseado no conhecimento e experiência. A1.1.3 — Participa na construção da tomada de decisão em equipa. A1.1.4 — Seleciona as respostas mais apropriadas a partir de um amplo leque de opções. A1.1.5 — Orienta a tomada de decisão na observância da deontologia profissional. A1.1.6 — Integra elementos de enquadramento jurídico no julgamento de enfermagem. A1.1.7 — Promove o exercício profissional de acordo com a deontologia profissional, na equipa de enfermagem onde está inserido.	Considero que desenvolvo um exercício profissional de acordo com a deontologia inerente à profissão e tendo em conta o enquadramento legal, respeitando normas e valores da equipa multidisciplinar e da instituição, agindo sempre no melhor interesse do cliente.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1_____2_____3_____4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1_____2_____3_____4 Experiência de mobilização em situação clínica 1_____2_____3_____4 Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1_____2_____3_____4 Observações:
A1.2 — Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade. A1.2.1 — Desempenha o papel de consultor quando os cuidados requerem um nível de competência correspondente à sua área de especialidade. A1.2.2 — Recolhe contributos para a análise dos fundamentos das tomadas de decisão. A1.2.3 — Suscita a reflexão sobre os processos de tomada de decisão.	Sou segundo elemento da minha equipa, havendo várias ocasiões em que desempenho funções de responsável de turno nas quais tenho de liderar equipas e tomar decisões. Como já trabalho à 18 anos naquele serviço é normal que desempenhe um papel de consultoria para os membros da equipa mais jovens.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1_____2_____3_____4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1_____2_____3_____4 Experiência de mobilização em situação clínica 1_____2_____3_____4

A1.2.4 — Reconhece a sua competência na área da sua especialidade.		Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1_____2_____3_____4
		Observações:
A1.3 — Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão. A1.3.1 — Afere os resultados das tomadas de decisão com o processo e a ponderação realizada. A1.3.2 — Fomenta a avaliação e partilha dos resultados dos processos de tomada de decisão.	Desenvolvo uma prática planeada e segura, tendo em conta os riscos e benefícios para o cliente, de forma a melhorar os cuidados prestados e a satisfação do cliente. É uma preocupação minha desenvolver reflexão crítica com os membros da equipa sobre os resultados de forma a apoiar a tomada de decisão informada.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1_____2_____3_____4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1_____2_____3_____4 Experiência de mobilização em situação clínica 1_____2_____3_____4 Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1_____2_____3_____4 Observações:

Competência A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Descritivo: O Enfermeiro Especialista demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes

Unidade de competência Critérios de avaliação	Evidência/s no meu exercício profissional	Nível de competência auto percecionado
A2.1 — Promove a proteção dos direitos humanos. A2.1.1 — Assume a defesa dos Direitos Humanos, conforme deontologia profissional. A2.1.2 — Assegura o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação.	Considero que garanto uma prática de cuidados de respeito pela individualidade e privacidade do cliente, assim como a proteção dos direitos humanos. É uma preocupação minha manter o sigilo profissional, assegurando a confidencialidade e a segurança do cliente	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1_____2_____3_____4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1_____2_____3_____4

A2.1.3 — Assegura a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional. A2.1.4 — Fomenta o respeito pelo direito do cliente à privacidade. A2.1.5 — Assegura o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde. A2.1.6 — Assegura o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos.	assim como o seu direito a ter acesso à informação, respeitando a sua autodeterminação, valores e crenças.	Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ 3 _____ ④ Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ 3 _____ ④ Observações:
A2.2 — Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente. A2.2.1 — Analisa a informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica. A2.2.2 — Implementa medidas de prevenção e identificação de práticas de risco. A2.2.3 — Adota conduta antecipatória, garantindo a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente. A2.2.4 — Acompanha incidentes de prática insegura para prevenir recorrência.	Diariamente aplico escalas/instrumentos de avaliação de risco (infecção, queda, úlcera por pressão) de forma a implementar medidas preventivas. Trabalhando num serviço de cirurgia é uma preocupação prestar cuidados antecipatórios, informando os doentes sobre o procedimento que irá realizar, para que este tome uma decisão informada, garantido a segurança e o respeito pelos seus direitos. São apresentados periodicamente os resultados destas avaliações para em equipa estabelecermos estratégias para prevenir a recorrência	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 _____ ④ Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 _____ ④ Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ 3 _____ ④ Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ 3 _____ ④ Observações:

Competência B1— Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

Descritivo: O Enfermeiro Especialista colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional.

Unidade de competência Critérios de avaliação	Evidência/s no meu exercício profissional	Nível de competência auto percebido
B1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade. B1.1.1 — Detém conhecimentos avançados sobre as diretivas na área da qualidade e em melhoria contínua.	É prática no serviço a transmissão de informação na passagem de turno através da mnemónica ISBAR de forma a assegurar a continuidade de cuidados e consequentemente a qualidade dos cuidados.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ ③ _____ 4

B1.1.2 — Divulga experiências avaliadas como sendo de sucesso. B1.1.3 — Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados.	A responsabilidade de integrar novos colegas no serviço e orientar estudantes de enfermagem dá-me a possibilidade de ensinar e formar, mobilizando conhecimento e habilidades que contribui para a incorporação dos mesmos nos colegas e estudantes de forma a garantir uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados.	Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Observações:
B1.2 — Orienta projetos institucionais na área da qualidade. B1.2.1 — Participa na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional. B1.2.2 — Agiliza a análise e o planeamento estratégico da qualidade dos cuidados. B1.2.3 — Colabora na realização de atividades na área da qualidade e em protocolos da qualidade com outras instituições. B1.2.4 — Cooperar na comunicação de resultados das atividades institucionais na área da qualidade aos enfermeiros e gestores	Como não faço parte de nenhum grupo de trabalho relacionado com os padrões de qualidade, esta unidade de competências não tem sido desenvolvida com as outras. Fui convidada recentemente para ser elo de ligação do grupo de Risco. No entanto, tenho realizado e colaborado em instruções de trabalho visando a melhoria dos cuidados prestados.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Observações:

Competência B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.

Descritivo: O Enfermeiro Especialista reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua.

Unidade de competência Critérios de avaliação	Evidência/s no meu exercício profissional	Nível de competência auto percecionado
B2.1 — Avalia a qualidade das práticas clínicas. B2.1.1 — Usa evidência científica e normas necessárias para a avaliação da qualidade. B2.1.2 — Utiliza indicadores e instrumentos adequados para avaliação das práticas clínicas. B2.1.3 — Integra auditorias clínicas. B2.1.4 — Analisa os resultados da avaliação efetuada.	Na minha prática utilizo as normas da instituição para avaliação da qualidade, utilizando os indicadores e instrumentos para tal. No entanto, pelo facto de não ser um elo de ligação dos grupos de padrões de qualidade, não integro as auditorias. Talvez, futuramente, como elo de ligação de Gestão de Risco poderei desenvolver mais esta unidade de competência.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ Observações:
B2.2 — Planeia programas de melhoria contínua. B2.2.1 — Identifica oportunidades de melhoria. B2.2.2 — Estabelece prioridades de melhoria. B2.2.3 — Seleciona estratégias de melhoria. B2.2.4 — Agiliza a elaboração de guias orientadores de boa prática. B2.2.5 — Fomenta a implementação de programas de melhoria contínua da qualidade.	Participo nos projetos de melhoria como elemento da equipa de enfermagem. No entanto, necessito de me envolver mais como agente de mudança participando mais ativamente na identificação de oportunidades de melhoria.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____

		Observações:
B2.3 — Lidera programas de melhoria contínua. B2.3.1 — Supervisiona os processos de melhoria e o desenvolvimento da qualidade. B2.3.2 — Incrementa a normalização e a atualização de soluções eficazes e eficientes.	Como segundo elemento de equipa e porque desempenha várias vezes funções com responsável de turno tenho a responsabilidade que a equipa desenvolva a sua prática tendo em conta a melhoria dos cuidados. No entanto, necessito de me envolver mais como agente de mudança participando mais ativamente na identificação de oportunidades de melhoria.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 <u>3</u> 4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 <u>3</u> 4 Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 <u>2</u> 3 _____ 4 Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ 3 <u>3</u> 4 Observações:

Competência B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro.

Descritivo: O Enfermeiro Especialista reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua.

Unidade de competência Critérios de avaliação	Evidência/s no meu exercício profissional	Nível de competência auto percecionado
B3.1 — Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/ grupo. B3.1.1 — Fomenta a sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais, como parte das perceções de segurança de um indivíduo/grupo. B3.1.2 — Envolve a família e outros no sentido de assegurar a satisfação das necessidades culturais e espirituais. B3.1.3 — Assegura a aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas pelos pares.	Considero desenvolver uma prática segura e centrada na pessoa/família, respeitando os seus direitos, valores e crenças, com preocupação em capacitá-los na autogestão da doença. Como um dos elementos mais velhos do serviço é minha preocupação dar apoio e suporte aos elementos mais novos de forma a manter a segurança dos cuidados, tanto para o doente como para os profissionais.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 <u>4</u> Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 <u>4</u> Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 <u>4</u> Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial)

B3.1.4 — Assegura a aplicação dos princípios da ergonomia e tecnológicos para evitar danos aos profissionais e aos utentes. B3.1.5 — Fomenta a adesão à saúde e segurança ocupacional. B3.1.6 — Incrementa a adoção de medidas para a segurança de dados e de registos.		1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Observações:
B3.2 — Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais. B3.2.1 — Colabora na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros. B3.2.2 — Envolve os colaboradores na gestão do risco. B3.2.3 — Previne os riscos ambientais. B3.2.4 — Fomenta o recurso a mecanismos formais para a participação dos incidentes, avaliação das consequências e investigação das causas, sem atribuição de culpa. B3.2.5 — Cooperar na organização do trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano. B3.2.6 — Participa na criação de mecanismos formais que permitam avaliar a efetividade das estratégias, planos e processos da gestão do risco. B3.2.7 — Colabora na elaboração de planos de manutenção preventiva de instalações, materiais e equipamentos. B3.2.8 — Coordena a implementação e manutenção de medidas de prevenção e controlo da infeção. B3.2.9 — Colabora na elaboração de planos de emergência e de catástrofe.	Apesar de ainda não ter uma ação oficial no grupo responsável pela gestão de risco, contribuo ativamente através da diminuição e triagem de resíduos, poupança de energia e papel e colaboração na definição de recursos adequados. Notifico incidentes, ou situações de quase erro, na plataforma online com o objetivo de melhorar práticas de cuidados e promover o desenvolvimento de protocolos e normas para aumentar a segurança nos mesmos. Tenciono futuramente colaborar mais ativamente na elaboração de planos estratégicos e de implementação de medidas de prevenção do erro e do risco.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 4 Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ 3 4 Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ 3 4 Observações:

Competência C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.

Descritivo: O Enfermeiro Especialista realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.

Unidade de competência Critérios de avaliação	Evidência/s no meu exercício profissional	Nível de competência auto percebido
C1.1 — Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão. C1.1.1 — Disponibiliza assessoria aos enfermeiros e à equipa.	Como segundo elemento de equipa e como um dos elementos com mais experiência no serviço sou uma referência para os elementos mais novos, disponibilizando assessoria, dando	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito

C1.1.2 — Colabora nas decisões da equipa de saúde. C1.1.3 — Melhora a informação para a tomada de decisão no processo de cuidar. C1.1.4 — Reconhece quando deve “negociar com” ou “referenciar para” outros prestadores de cuidados de saúde.	apoio e suporte para a tomada de decisão no processo de cuidar. Colaboro nas decisões da equipa médica. Reconheço a necessidade de referência para outros profissionais, falando com a equipa médica que é responsável por esses pedidos.	1____ 2____ 3____ ④ Experiência de mobilização em situação clínica 1____ 2____ 3____ ④ Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1____ 2____ 3____ ④ Observações:
C1.2 — Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade. C1.2.1 — Orienta a decisão relativa às tarefas a delegar. C1.2.2 — Cria guias orientadores das tarefas a delegar. C1.2.3 — Utiliza uma variedade de técnicas diretas ou indiretas tais como a instrução ou a demonstração prática das tarefas a delegar. C1.2.4 — Avalia a execução das tarefas delegada	Desenvolvo um trabalho em equipa com colegas, médicos e assistentes operacionais, participando ativamente na orientação de estudantes e integração de colegas. Como segundo elemento, desempenho várias vezes funções de responsável de turno, delegando funções aos vários elementos da equipa. Sempre que delego a execução de uma tarefa em pessoal funcionalmente dependente, nomeadamente os assistentes operacionais, confirmo a competência para a sua execução, supervisiono e valido a realização da mesma.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1____ 2____ 3____ ④ Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1____ 2____ 3____ ④ Experiência de mobilização em situação clínica 1____ 2____ 3____ ④ Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1____ 2____ 3____ ④ Observações:

Competência C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

Descritivo: O Enfermeiro Especialista, na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados.

Unidade de competência Critérios de avaliação	Evidência/s no meu exercício profissional	Nível de competência auto percecionado
C2.1 — Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados. C2.1.1 — Aplica a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados. C2.1.2 — Implementa métodos de organização do trabalho adequados. C2.1.3 — Coordena a equipa de prestação de cuidados. C2.1.4 — Negoceia recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade. C2.1.5 — Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade.	Desempenho várias vezes funções de responsável de turno, tendo a responsabilidade de coordenar a equipa e negociar recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade. Procuro implementar métodos de organização de trabalho tendo em conta as competências dos elementos da equipa e as especificidades dos doentes. No entanto, espero vir a melhorar esta unidade de competência durante os estágios ao ter contato com diferentes contextos.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ Observações:
C2.2 — Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando- o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos. C2.2.1 — Reconhece os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa. C2.2.2 — Fomenta um ambiente positivo e favorável à prática. C2.2.3 — Aplica estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado. C2.2.4 — Adapta o estilo de liderança à maturidade dos colaboradores e às contingências.	Como referi na unidade de competência anterior, é minha preocupação enquanto responsável de turno adequar a gestão e liderança às competências dos elementos e às especificidades dos doentes. Penso conseguir fomentar um ambiente positivo e favorável à prática. No entanto, espero que o contacto com diferentes contextos ao longo dos estágios me permita desenvolver mais esta unidade de competência através da observação de outras dinâmicas de trabalho.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial)

C2.2.5 — Usa os processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada.		1____2____3____4
		Observações:

Competência D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

Descritivo: O Enfermeiro Especialista demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.

Unidade de competência Critérios de avaliação	Evidência/s no meu exercício profissional	Nível de competência auto percebido
D1.1 — Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro. D1.1.1 — Otimiza o autoconhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e ou a equipa multidisciplinar. D1.1.2 — Gere as suas idiossincrasias na construção dos processos de ajuda. D1.1.3 — Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais. D1.1.4 — Consciencializa a influência pessoal na relação profissional.	Ao longo destes 18 anos de profissão fui desenvolvendo uma prática reflexiva sistemática. Este aspecto aliada à minha sensibilidade para as questões da emocionalidade nos cuidados promoveu o meu autoconhecimento. Este autoconhecimento possibilita o reconhecimento dos meus recursos internos e limites para a relação, permitindo a consciencialização da influência que tenho ou posso ter na relação pessoal e/ou terapêutica.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1____2____3____4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1____2____3____4 Experiência de mobilização em situação clínica 1____2____3____4 Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1____2____3____4 Observações:
D1.2 — Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional. D1.2.1 — Otimiza a congruência entre auto e heteropercepção. D1.2.2 — Gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente. D1.2.3 — Atua eficazmente sob pressão.	Ao trabalhar 18 anos numa UCI fez com que desenvolve-se uma grande capacidade para lidar com a pressão e com as emoções. No entanto, julgo que tenho de desenvolver a minha sensibilidade para reconhecer situações de eventual conflitualidade para conseguir antecipá-las. Espero que ao longo dos estágios consiga conhecer técnicas de resolução de conflitos	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1____2____3____4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1____2____3____4 Experiência de mobilização em situação clínica

D1.2.4 — Reconhece e antecipa situações de eventual conflitualidade. D1.2.5 — Utiliza adequadamente técnicas de resolução de conflitos.		1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ Observações:
--	--	--

Competência D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

Descritivo: O Enfermeiro Especialista alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação.

Unidade de competência Critérios de avaliação	Evidência/s no meu exercício profissional	Nível de competência auto percecionado
D2.1 — Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho. D2.1.1 — Atua como formador oportuno em contexto de trabalho. D2.1.2 — Diagnostica necessidades formativas. D2.1.3 — Gere programas e dispositivos formativos. D2.1.4 — Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros. D2.1.5 — Avalia o impacto da formação	Penso ser um elemento facilitador da aprendizagem no meu contexto de trabalho, participando na elaboração de instruções de trabalho, atuando como formadora quando sou solicitada, favorecendo a aprendizagem e desenvolvimentos de habilidades e competências aos elementos menos experientes. No entanto, gostaria de me envolver mais ativamente nos programas de formação como formadora.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ Observações:
D2.2 — Suporta a prática clínica em evidência científica.	Esta é uma unidade de competência que mais terei de desenvolver.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____

D2.2.1 — Atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos. D2.2.2 — Identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação. D2.2.3 — Investiga e colabora em estudos de investigação. D2.2.4 — Interpreta, organiza e divulga resultados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem. D2.2.5 — Discute as implicações da investigação. D2.2.6 — Contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada.	Tenciono envolver-me mais ativamente em estudos de investigação, dinamizando esses estudos como forma de promover a qualidade dos cuidados prestados e para uma prática baseada na melhor evidência.	Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ ② _____ 3 _____ 4 Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ ② _____ 3 _____ 4 Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ ② _____ 3 _____ 4 Observações:
D2.3 — Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho. D2.3.1 — Possui conhecimentos de enfermagem e de outras disciplinas que contribuem para a prática especializada. D2.3.2 — Revela conhecimentos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes. D2.3.3 — Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem, tomando a iniciativa na análise de situações clínicas. D2.3.4 — Usa as tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados. D2.3.5 — Assegura a formulação e a implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica.	Ao longo destes 18 anos sempre foi uma preocupação minha aproveitar todos os momentos como momentos oportunos de aprendizagem, procurando realizar formações de forma aumentar os meus conhecimentos, dando resposta às necessidades sentidas na prática. No entanto, gostaria de participar mais ativamente como formadora para promover e implementar programas de melhoria dos cuidados prestados.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ ③ _____ 4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ ③ _____ 4 Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ ② _____ 3 _____ 4 Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ ③ _____ 4 Observações:

Desenvolvimento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde da Infantil e Pediátrica

Autodiagnóstico das necessidades de aprendizagem

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

Descritivo: considerando a natural dependência da criança, a sua progressiva autonomização e o binómio criança/família como alvo do cuidar do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, estabelece com ambos uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade

Unidade de competência Critérios de avaliação	Evidência/s no meu exercício profissional	Nível de competência auto percecionado <1 >4
E1.1 — Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem. E1.1.1 — Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar. E1.1.2 — Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis. E1.1.3 — Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde. E1.1.4 — Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às Crianças / jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença. E1.1.5 — Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde. E1.1.6 — Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar. E1.1.7 — Estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/jovem e família com necessidades de cuidados. E1.1.8 — Intervém em programas no âmbito da saúde escolar. E1.1.9 — Apoia a inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais. E1.1.10 — Trabalha em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde.	Desta dimensão de competências considero que já algumas bem desenvolvidas relacionado com os anos de experiência profissional em pediatria. Trabalho em parceria com criança/jovem e famílias em contexto de pré e pós-operatório de cirurgia cardiotorácica. Nestes anos tenho desenvolvido habilidades de comunicação adequadas à idade e estágio de desenvolvimento da criança/jovem. É uma preocupação minha conhecer a família, proporcionando momentos de educação para a saúde e de partilha de cuidados físicos, motivando alguma normalidade e rotinas familiares. Identifico como lacunas o estabelecimento de redes de recursos comunitários de suporte à criança/jovem com necessidades de saúde e o facto de não trabalhar em parceria com esses recursos, sendo estas as competências que pretenderei desenvolver ao longo dos estágios.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Observações:

E1.2 — Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem. E1.2.1 — Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas. E1.2.2 — Encaminha as crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais. E1.2.3 — Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico. E1.2.4 — Identifica situações de risco para a criança e jovem (ex. maus tratos, negligência e comportamentos de risco). E1.2.5 — Sensibiliza pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção. E1.2.6 — Assiste a criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus-tratos. E1.2.7 — Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde. E1.2.8 — Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família.	Devido ao facto de trabalhar num serviço de especialidade cirúrgica, esta unidade de competência não é trabalhada na sua integridade. Tenho conhecimento teórico sobre as doenças comuns na criança/jovem mas não lido diariamente com elas. Já identifiquei situações de negligência familiar com necessidade de encaminhamento para outros profissionais. Na minha prática tenho a preocupação de aproveitar todas as situações para realizar educação para a saúde sensibilizando os pais para o impacto negativo de comportamentos de risco na criança/jovem. No entanto, necessito de desenvolver melhor esta unidade de competências para alcançar todos os critérios de avaliação.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Observações:
---	--	--

Competência E2 — Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.

Descritivo - Mobiliza recursos oportunamente, para cuidar da criança/jovem e família em situações de particular exigência, decorrente da sua complexidade, recorrendo a um largo espectro de abordagens e terapias.

Unidade de competência Critérios de avaliação	Evidência/s no meu exercício profissional	Nível de competência auto percecionado
E2.1 — Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados. E2.1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória. E2.1.2 — Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico. E2.1.3 — Aplica conhecimentos e capacidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto.	Na minha prática lido diariamente com situações emergentes e urgentes com necessidade de aplicar o SBV e avançado. Em situação de morte e nos processos de luto é filosofia do serviço respeitar os desejos da família. No entanto, acredito que o contacto com outros contextos poderá trazer-me mais conhecimentos.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4

		Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Observações:
E2.2 — Faz a gestão diferenciada da dor e do bem -estar da criança/jovem, otimizando as respostas. E2.2.1 — Aplica conhecimentos sobre saúde e bem -estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem. E2.2.2 — Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor. E2.2.3 — Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor.	A dor é considerado o 5º sinal vital, sendo a sua avaliação e gestão uma preocupação. Trabalhando num serviço de cirurgia a dor é uma realizada, não só devido à cirurgia em si, mas pelo stress, ansiedade e medo associado ao internamento. Assim, a avaliação e gestão da dor é um importante foco de atenção na minha prática, uma vez que o seu controlo ajudará na estabilidade e recuperação da criança/jovem, reduzindo o tempo de internamento. No entanto, acredito que o contacto com outras realidades trará novas experiências que me irão enriquecer.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Observações:
E2.3 — Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados. E2.3.1 — Demonstra conhecimentos em doenças raras e respostas de enfermagem apropriadas. E2.3.2 — Procura evidência científica para responder e encaminhar as crianças com doenças raras.	Esta é a unidade de competências que necessito mais desenvolver, pois na minha realidade profissional apenas contacto com doenças cardíacas, algumas consideradas raras, esperando que ao longo dos estágios consiga atingir estes critérios de avaliação.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 2 3 4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 2 3 4 Experiência de mobilização em situação clínica 1 2 3 4 Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 2 3 4 Observações:

E2.4 — Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência. E2.4.1 — Demonstra conhecimento sobre as posições da Ordem dos Enfermeiros relativamente às terapias complementares na prática de enfermagem. E2.4.2 — Demonstra conhecimento e habilidades em diferentes tipos de terapias a oferecer à criança/ jovem. E2.4.3 — Procura evidência científica para fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar	Esta é outra unidade de competências que necessito de desenvolver, desconhecendo quais são as terapias complementares na prática de enfermagem. Primeiro terei que fazer pesquisa para saber quais são, para depois aplicar na prática, tomando a decisão baseada na melhor evidência. Espero que a minha experiência com outros contextos me traga conhecimentos relativamente a esta temática.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios ① _____ 2 _____ 3 _____ 4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito ① _____ 2 _____ 3 _____ 4 Experiência de mobilização em situação clínica ① _____ 2 _____ 3 _____ 4 Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) ① _____ 2 _____ 3 _____ 4 Observações:
E2.5 — Promove a adaptação da criança/ jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade. E2.5.1 — Diagnostica necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem. E2.5.2 — Capacita a criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adoção de estratégias de coping e de adaptação. E2.5.3 — Promove a relação dinâmica com crianças/jovens e famílias com adaptação adequada. E2.5.4 — Adequa o suporte familiar e comunitário. E2.5.5 — Demonstra na prática conhecimentos sobre estratégias promotoras de esperança. E2.5.6 — Referencia crianças/jovens com incapacidades e doença crónica para instituições de suporte e para cuidados de especialidade, se necessário.	Trabalhando num serviço de cirurgia cardiotorácica, contacto diariamente com crianças com doença crónica. Como necessidades de desenvolvimento de competências identifiquei a referência e articulação com suporte comunitário, uma vez que não é uma prática realizada na UCIP mas em contexto de enfermaria.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ ③ _____ 4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ ③ _____ 4 Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ ③ _____ 4 Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ ③ _____ 4 Observações:

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

Descritivo - Considerando as especificidades e exigências desenvolvimentais das etapas desta fase do ciclo vital, responde eficazmente promovendo a maximização do potencial de desenvolvimento desde a vinculação até à juventude.

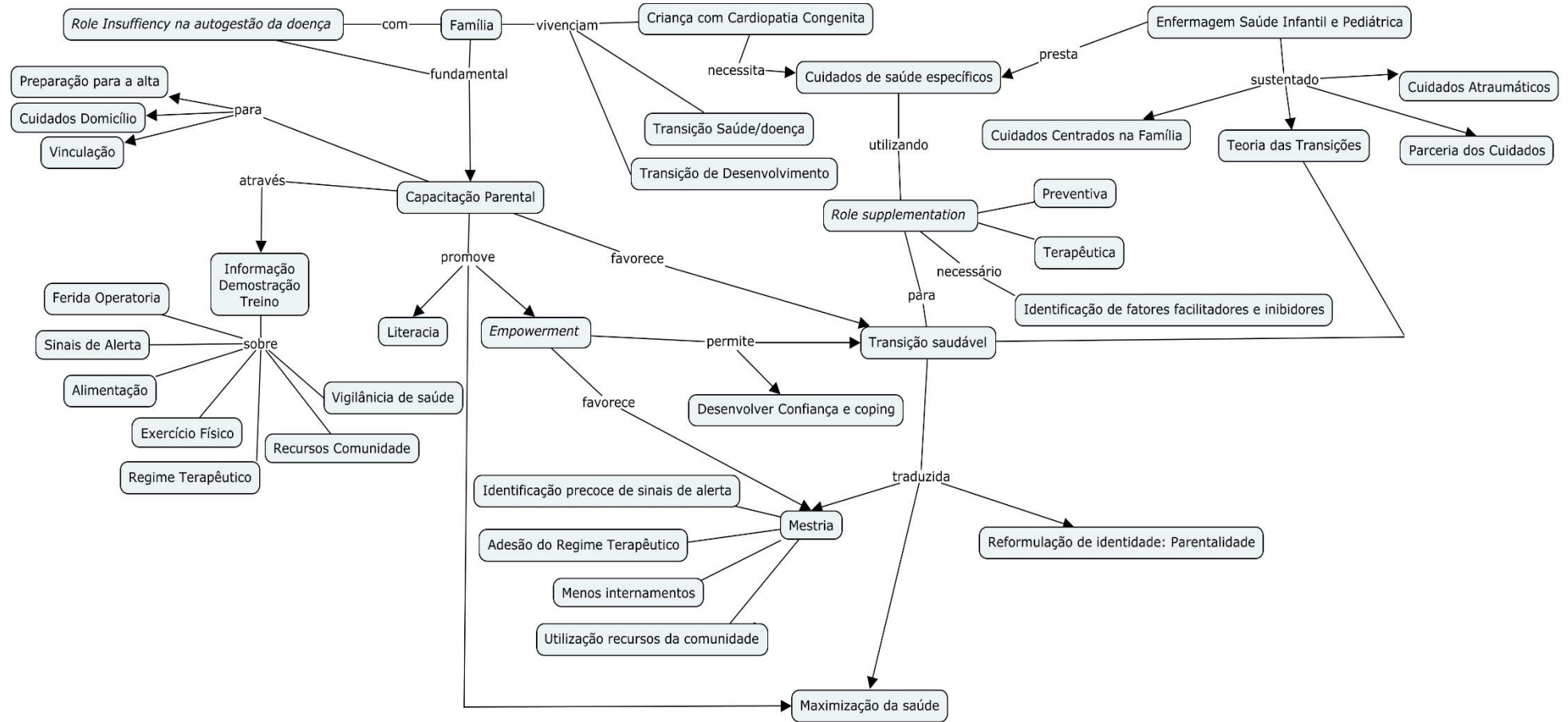
Unidade de competência Critérios de avaliação	Evidência/s no meu exercício profissional	Nível de competência auto percecionado
E3.1 — Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil. E3.1.1 — Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento. E3.1.2 — Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem. E3.1.3 — Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil.	Apesar de possuir conhecimentos teóricos sobre crescimento e desenvolvimento infantil, na minha prática não faço avaliação dos mesmos, sendo este aspeto colocado em segundo plano perante a necessidade de estabilidade das funções vitais. Sendo assim, pretendo desenvolver esta unidade de competência para atingir os critério de avaliação.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ Observações:
.E3.2 — Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém -nascido (RN) doente ou com necessidades especiais. E3.2.1— Avalia o desenvolvimento da parentalidade. E3.2.2 — Demonstra conhecimentos sobre competências do RN para promover o comportamento interativo. E3.2.3 — Utiliza estratégias promotoras de esperança realista. E3.2.4 — Utiliza estratégias para promover o contacto físico pais/RN. E3.2.5 — Promove a amamentação. E3.2.6 — Negoceia o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN. E3.2.7 — Gere o processo de resposta à criança com necessidades de intervenção precoce.	Na UCIP onde trabalho recebemos RN de risco e alguns prematuros com cardiopatia congénita, sendo por este motivo que considero que já atinji alguns critérios de avaliação, no entanto necessito de desenvolver os melhor. Avalio o desenvolvimento da parentalidade de forma indireta, sem aplicação de escalas, de forma a poder intervir, promovendo a vinculação precoce assim como o envolvimento dos pais nos cuidados ao RN. Também é política do serviço a promoção da amamentação, incentivando as mães a extrair o leite. Perante a estabilidade e risco de morte promovemos a esperança realista como estratégia de <i>coping</i> . O contacto físico raramente é possível devido à instabilidade do RN, no entanto quando é possível é proporcionado.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ Observações:

E3.3 — Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura. E3.3.1 — Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família. E3.3.2 — Relaciona -se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura. E3.3.3 — Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem.	Ao longo dos anos de experiência profissional fui desenvolvendo a minha capacidade de comunicação com a criança/jovem e família, no entanto, julgo haver potencial de melhoramento ao longo dos estágios.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Observações:
E3.4 — Promove a autoestima do adolescente e a sua auto-determinação nas escolhas relativas à saúde. E3.4.1— Facilita a comunicação expressiva de emoções. E3.4.2 — Reforça a imagem corporal positiva se necessário. E3.4.3 — Identifica os estádios do processo de mudança na adoção de comportamentos saudáveis. E3.4.4 — Reforça a tomada de decisão responsável. E3.4.5 — Negoceia contrato de saúde com o adolescente.	Trabalho com adolescentes em situação de pré e pós cirurgia cardiotorácica, sendo uma preocupação minha envolvê-los nas tomadas de decisão, capacitando-os para autogestão da doença, no entanto existem critérios de avaliação que necessitam de ser mais trabalhados.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Observações:

Apêndice II

Mapa Conceptual

Mapa Conceptual



Apêndice III

Cronograma

Cronograma

Local	Ano Mês Datas	2023																								2024										
		Junho				Julho				Agosto	Setembro				Outubro				novembro				Dezembro				janeiro				Fevereiro					
		5	12	19	26	3	10	17	24		4	11	18	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27	4	11	18	25	1	8	15	22	29	5	12	19	26
		11	18	25	2	9	16	23	30		10	17	24	1	8	15	22	29	5	12	19	28	3	10	17	24	31	7	14	21	28	4	11	18	25	29
USF	5 jun a 9 jul																																			
Consulta Desenvolvimento do	10 jul a 23 jul																																			
Serviço de Urgência Pediátrica	2 out a 3 nov																																			
Serviço de Neonatologia do	13 nov a 15 dez																																			
Serviço de Cardiologia Pediátrica	8 jan a 9 fev																																			

Início do ano letivo* 11 de setembro de 2023

Fim do ano letivo* 31 de julho de 2024

Férias de natal 18 de dezembro de 2023 a 02 de janeiro de 2024
(reinício das atividades letivas a 3 de janeiro de 2024)

Férias do carnaval 12 a 14 de fevereiro de 2024
(reinício das atividades letivas a 15 de fevereiro de 2024)

Férias da páscoa 25 de março a 1 de abril de 2024
(reinício das atividades letivas a 2 de abril de 2024)

Dia da escola 5 de dezembro de 2023

Apêndice IV

Guia Orientador de Estágio

1.º Curso de Mestrado e Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica

Estágio 2022/2023
Estágio com Relatório 2023/2024

Guia Orientador de Estágio

Andreia Alexandra Carvalho Santos, n.º 11581


Lisboa

junho 2023 a fevereiro 2024

1.º Curso de Mestrado em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica

Estágio 2022/2023

Estágio com Relatório 2023/2024

Guia Orientador de Estágio

Professora Orientadora:
Prof. Dr.ª Mª Fátima Frade


Lisboa

junho 2023 a fevereiro 2024

ÍNDICE

NOTA INTRODUTÓRIA	4
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA DE ENFERMAGEM	6
2. PLANEAMENTO.....	9
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	20

NOTA INTRODUTÓRIA

Este documento surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio e de Estágio com Relatório do 1º Curso de Mestrado e Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica, leccionado na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) com o objetivo de apresentar o projeto de formação a desenvolver nos diferentes contextos de estágio, tendo em vista o desenvolvimento de competências comuns de Enfermeiro Especialista (EE) (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro) e competências específicas na área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho), assim como das competências de Mestre (decreto lei n.º 65/2018 de 24 março) através da execução, monitorização e avaliação do Projeto de Estágio.

O Projeto de estágio foi elaborado através da identificação das necessidades formativas, de um problema relacionado com os cuidados de enfermagem à criança, jovem e família e de um quadro de referência de Enfermagem orientador de uma prática especializada, fundamentada e baseada em evidência.

A problemática de enfermagem está relacionada com a capacitação parental no cuidado à criança com cardiopatia congénita. Esta surge de um interesse pessoal associado à experiência profissional numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos de cirurgia cardiotorácica.

Atendendo que a cardiopatia congénita é a patologia crónica mais comum na criança e que exige uma vigilância de saúde e cuidados de saúde específicos ao longo de toda infância compreende-se a pertinência desta temática no âmbito da saúde infantil e pediátrica, uma vez que esta permitirá maximizar o potencial, a saúde e bem-estar destas crianças e futuros adultos. Ao capacitar os pais, família e/ou pessoa significativa estaremos a capacitar e a empoderar indiretamente a criança, uma vez que os valores e crenças relacionados com a saúde são adquiridos ainda na infância e no ambiente em que a criança está inserida.

Para a capacitação parental será fundamental desenvolver Cuidados Centrados na Família e trabalhar em parceria, tendo por base o Modelo de Parceria de Anne Casey, para identificar as capacidades, necessidades e recursos da criança/jovem e família. De forma a promover o bem-estar da criança o cuidado deve ser atraumático. A Teoria das Transições (Melleis, 2010) será fundamental para ajudar a identificar que tipo de transição a criança e

família está a passar para apoiar e promover uma transição saudável que será traduzida pela mestria na autogestão da doença, assumindo as suas novas responsabilidades e o novo papel.

Deste modo, nos capítulos seguintes será apresentada uma breve contextualização da problemática e o planeamento com definição de objetivos gerais e específicos e respetivas atividades.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA DE ENFERMAGEM

A cardiopatia congénita é a anomalia congénita mais frequente em Portugal e no mundo, com uma prevalência de 6,8 a 8 casos por cada 1000 nascimentos, sendo a principal causa de morte durante o primeiro ano de vida e de internamentos durante a infância, sendo também a principal causa de incapacidade e doença crónica em crianças com menos de 5 anos (Braz et al., 2021; Kasparian et al., 2018; Lin et al., 2021; Organização Mundial de Saúde (OMS), 2023; Sanayeh et al., 2021), com uma sobrevivência média superior a 95%, razão pela qual muitas crianças atingem a vida adulta (Catela et al., 2009; Lin et al., 2021).

Os pais de crianças com cardiopatia congénita apresentam elevados níveis de ansiedade e stress que têm repercussão na saúde e bem-estar familiar (Choy & Lee, 2022; Dalir et al., 2020; Hoffman et al., 2020; Jeonghyn et al., 2017; Kasparian et al., 2018; Sanayeh et al., 2021; Wey et al., 2017; Wray et al., 2018). Os problemas de saúde mental dos pais têm uma influência significativa na saúde e bem-estar da criança, estando associados a piores resultados de saúde: perturbações do comportamento das crianças, gestão inadequada do regime terapêutico com consequente descompensação cardíaca e necessidade de internamentos de repetição (Choy & Lee, 2022; Dalir et al., 2020; Demianczyk et al., 2022; Jeonghyun et al., 2017; Lin et al., 2021; Sanayeh et al., 2021; Wray et al., 2018).

De acordo com a literatura, os pais destas crianças sentem a necessidade de informação e apoio social para conseguirem lidar melhor com a situação de doença do filho e adaptarem-se ao seu novo papel de cuidadores, identificando como fundamental a sua participação durante o internamento nos cuidados ao filho e o apoio dado pelos profissionais de saúde (Bruce et al., 2018; Dalir et al., 2020; Demianczyk et al., 2022; Kasparian et al., 2018; Sanayeh et al., 2021; Sjostrom-Strand et al., 2019; Wey et al., 2017; Wray et al., 2018).

À luz da Teoria das Transições (Meleis, 2010), a criança com cardiopatia congénita e a família passam por várias transições ao longo do curso da doença (diagnóstico, cirurgia, vários internamentos, necessidade de cuidados de saúde) vivenciando momentos de maior estabilidade e outros de instabilidade relacionados com diferentes tipos de transições (saúde-doença, situacional e de desenvolvimento) que podem ocorrer de forma múltipla e simultânea. São vários os fatores que irão influenciar essas transições: o momento do diagnóstico, a

gravidade da doença, características da família (conhecimento, competências, condição sócio-económica) e o apoio social que a família recebe. Um dos paradigmas que sustentam esta teoria baseia-se no modelo que relaciona o conceito de *role insufficiency* e *role supplementation* (*role theory*). Segundo este modelo, a pessoa que está a vivenciar uma transição em determinado momento não possui as capacidades necessárias para a passagem de um estado para o outro (*role insufficiency*) e a intervenção do enfermeiro, tendo como objetivo de facilitar essa transição, estará associada ao conceito *role supplementation*, procurando suplementar a insuficiência de papel identificada promovendo o desenvolvimento de capacidades e competências necessárias para que a pessoa consiga assumir o seu novo papel. A *role supplementation* pode ser preventiva, quando antecipa a transição, ou terapêutica quando se identifica a *role insufficiency*, tendo como objetivo apoiar a pessoa na transição, de forma a que esta se mantenha saudável e termine a transição mais competente para lidar com a situação, prevenir complicações decorrentes da mesma e conseguindo manter o seu estado de saúde (Meleis 2010). Assim, para uma transição saudável a criança e família necessitam de adquirir conhecimentos, modificar comportamentos e assumir as novas responsabilidades, sendo traduzida pela mestria na gestão adequada da condição crónica, assumindo o seu novo papel.

Deste modo, percebe-se a importância da capacitação parental no cuidado à criança com cardiopatia congénita, uma vez que esta permite melhorar habilidades, competências e recursos da família para que esta seja capaz de satisfazer as necessidades relacionadas com os cuidados de saúde (Ramos, 2020 citando Adams, 2008), sendo operacionalizada através da educação para a saúde que permitirá aumentar a literacia em saúde da família, promovendo o seu *empowerment*.

A importância da capacitação parental é referenciado no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013), evidenciando a importância de aumentar o conhecimento e a capacidade de atuação dos pais uma vez que estes são uma constante na vida da criança e os seus principais cuidadores durante toda a infância, influenciando o seu crescimento e desenvolvimento, sendo uma estratégia promotora de saúde e bem-estar da criança.

O conceito de *empowerment* surge como central na promoção da saúde (Carta de Ottawa, OMS, 1986) e segundo OMS (1998, citado por Ramos, 2020) consiste num processo através do qual as pessoas adquirem mais controlo na tomada de decisão e atitudes

relacionadas com a sua saúde, implicando que estas sejam capazes de identificar as suas necessidades, apresentar as suas preocupações e planear estratégias de envolvimento na tomada de decisões e nos cuidados para dar resposta às suas necessidades.

Assim, a capacitação e o *empowerment* parental permitirá reduzir os níveis de stress e ansiedade vivenciados pelos pais relacionados com o cuidado da criança, promovendo uma transição saudável para o papel de cuidador, aumentando a adesão ao regime terapêutico fundamental para controlar sintomatologia e consequente redução de internamentos de repetição muito comuns na criança/jovem com cardiopatia congénita por descompensação (Bruce et al., 2018; Dalir et al., 2020; Demianczyk et al., 2022; Kasparian et al., 2018; Sanayeh et al., 2021; Sjostrom-Strand et al., 2019; Wey et al., 2017; Wray et al., 2018).

O Enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediátrico (EESIP) desempenha um importante papel no empoderamento parental, uma vez que este trabalha em parceria com a criança e família nos diferentes contextos onde a criança está inserida, proporcionando educação para a saúde, identificando e mobilizando recursos de suporte à criança/jovem e família, de forma a dar resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade, maximizando o seu potencial e a sua saúde (Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho). A intervenção do EESIP é baseado na filosofia dos cuidados centrados no binómio criança/família, atendendo à individualidade de cada família e às suas necessidades particulares, valorizando o papel fundamental da família como principal cuidador da criança/jovem e essencial para o seu crescimento e desenvolvimento (Direcção Geral de Saúde, 2013; Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho).

A capacitação e o empoderamento parental são importantes estratégias promotoras da saúde, do bem-estar e do autocuidado da criança, capazes de prevenir complicações associadas a situações de doença, facilitando a adaptação da criança e família nos processos de saúde-doença, e por consequência permitem melhorar a qualidade dos cuidados e aumentar a satisfação da criança e família pelos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

2. PLANEAMENTO

Para o desenvolvimento e aquisição das competências de EE e EESIP durante o percurso formativo foram definidos os seguintes objetivos gerais:

1) Desenvolver competências especializadas para cuidar da criança/jovem e Família, nos processos de saúde/doença e nos diferentes contextos onde estão inseridos:

2) Desenvolver competências específicas para promover a capacitação parental no cuidado à Criança/Jovem com cardiopatia congénita:

Para a consecução destes objetivos gerais foram definidos objetivos específicos, atividades e recursos para cada contexto de estágio clínico (Cuidados de Saúde Primários, Consulta de Desenvolvimento Infantil, Serviço de Urgência Pediátrica, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos e Serviço de Internamento Pediátrico) que possibilitarão a sua operacionalização, bem como indicadores de avaliação (Tabelas 1, 2, 3, 4 e 5).

Importante referir que estes objetivos e atividades são flexíveis e passíveis de reestruturação de forma a adequarem-se à realidade e necessidades encontradas em contexto de estágio.

Tabela 1.

Planeamento das actividades

Cuidados de Saúde Primários				
Objectivos Gerais: 1)Desenvolver competências especializadas para cuidar da Criança, Jovem e Família, nos processos de saúde/doença, nas diferentes etapas de desenvolvimento e nos diferentes contextos onde estão inseridos.				
2)Desenvolver competências especializadas para promover a capacitação parental no cuidado à criança com cardiopatia congénita				
Unidades de competências a desenvolver: E1.1; E1.2; E2.3; E2.4; E2.5; E3.1; E3.2; E3.3; E3.4 (Regulamento nº 422, 2018); B1.1; B1.2; B2.1; B2.2; B2.3; B3.2; C2.1; C2.2; D1.2; D2.1; D2.2; D2.3 (Regulamento nº 140, 2019)				
Objetivos específicos	Actividades			Recursos
	Data de início	Duração	Descrição	
1.1 Conhecer a estrutura física e dinâmica organizacional e funcional do serviço; 1.2 Desenvolver competencias especializadas no ambito da promoção da saúde e desenvolvimento infantil e juvenil;	05/06/2023	5 semanas	- Consulta de programas, protocolos, normas e <i>guidelines</i> da instituição; - Realização de entrevista exploratória ao enfermeiro orientador e restante equipa de enfermagem; - Observação das dinâmicas de gestão de cuidados; - Observação participativa da dinâmica de cuidados; - Realização de consultas de saúde infantil de acordo com o PNSIP; - Avaliação do desenvolvimento infantil através da aplicação da escala Mary Sheridan; - Integração dos cuidados dos cuidados antecipatórios nas intervenções de enfermagem; - Definição em conjunto com a família e criança/jovem de estratégias para a consecução do seu projeto de saúde; - Participação em projeto e programa no âmbito de saúde infantil e juvenil; - Participação na referenciação da criança/jovem e família com necessidades de saúde e educativas especiais para instituições de suporte e para cuidados de especialidade;	- Documentação das instituição; - Bibliografia de referência: enquadramento legal e ético da profissão e políticas de saúde infantil; - Recursos humanos: enfermeiro orientador, Enfermeiro chefe, Especialistas e peritos na área.
2.1 Promover a adaptação e capacitação da criança, jovem e família	05/06/2023	5 semanas	- Pesquisa e discussão reflexiva com a orientadora sobre as estratégias de <i>coping</i> promotoras da adaptação da criança/família a uma situação de doença crónica ou condição com necessidades especiais;	- Documentação das instituição; - Bibliografia de referência:

à doença aguda, crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade e especificamente à criança com diarreia aguda e vómitos ; 2.2 Sensibilizar a equipa de enfermagem para os sinais de alerta na criança com cardiopatia congénita.			- Pesquisa e discussão reflexiva com a enfermeira orientadora sobre estratégias promotoras da vinculação e da esperança realista; - Pesquisa e discussão reflexiva com a orientadora sobre estratégias de comunicação e promoção da capacitação emocional, motivação, autoeficácia e imagem corporal positiva de crianças e adolescentes; - Pesquisa bibliográfica sobre as atuais recomendações para o tratamento da diarreia aguda e vómitos; - Elaboração de folheto informativo para os pais sobre os cuidados a ter na criança com diarreia aguda e vómitos; - Elaboração de Norma - Procedimento sobre o tratamento da criança com doença diarreica aguda; - Elaboração de Norma - Procedimento sobre a abordagem da criança com vómitos; - Realização de acção de formação aos pares: “ Intervenção do enfermeiro junto da criança e família com diarreia aguda e vómitos”.	enquadramento legal e ético da profissão e políticas de saúde infantil; - Recursos humanos: enfermeiro orientador, Enfermeiro chefe, Especialistas e peritos na área.
Indicadores de resultados: Análise crítica e reflexiva sobre o contributo do EESIP em contexto de cuidados de saúde primários e Relatório final				

Tabela 2.

Planeamento das actividades

Consulta de Desenvolvimento Infantil				
Objectivos Gerais: 1)Desenvolver competências especializadas para cuidar da Criança, Jovem e Família, nos processos de saúde/doença, nas diferentes etapas de desenvolvimento e nos diferentes contextos onde estão inseridos. 2)Desenvolver competências especializadas para promover a capacitação parental no cuidado à criança com cardiopatia congénita				
Unidades de competências a desenvolver: E1.1; E1.2; E2.3; E2.4; E2.5; E3.1; E3.3; E3.4 (Regulamento nº 422, 2018); B1.1; B1.2; B2.1; B2.2; B2.3; B3.2; C 2.1; C 2.2; D 1.2; D2.1; D2.2; D 2.3 (Regulamento nº 140, 2019)				
Objetivos específicos	Actividades			Recursos
	Data de início	Duração	Descrição	
1.1 Conhecer a estrutura física e dinâmica organizacional e funcional do serviço; 1.2 Desenvolver competências especializadas no âmbito da promoção da saúde e desenvolvimento infantil e juvenil;	10/07/2023	2 semanas	- Consulta de programas, protocolos, normas e guidelines das instituições; - Realização de entrevista exploratória ao enfermeiro orientador e restante equipa de enfermagem; - Observação das dinâmicas de gestão de cuidados; - Observação da dinâmica de cuidados; - Colaboração em consultas de avaliação de desenvolvimento; - Colaboração na avaliação do desenvolvimento infantil através da aplicação da escala Mary Sheridan Modificada; - Integração dos cuidados dos cuidados antecipatórios nas intervenções de enfermagem; - Definição em conjunto com a família e criança/jovem de estratégias para a consecução do seu projeto de saúde; - Identificação das necessidades e dos recursos comunitários de apoio à criança/jovem e família com necessidades de saúde e educativas especiais; - Participação em reuniões multidisciplinares: apresentação de estudos de caso e Journal Club; - Realização de uma reflexão crítica sobre uma intervenção do EESIP em contexto de consulta de desenvolvimento.	- Documentação das instituições; - Bibliografia de referência: enquadramento legal e ético da profissão e políticas de saúde infantil; - Recursos humanos: enfermeiro orientador, Enfermeiro chefe, Especialistas e peritos na área.
2.1 Promover a adaptação	10/07/2023	2 semanas	- Discussão reflexiva com a orientadora sobre as estratégias de <i>coping</i> promotoras da adaptação da criança/família com necessidades especiais;	Documentação das instituições;

capacitação da criança/jovem e família à doença aguda, crônica, doença oncológica, deficiência/incapacidade e especificamente à criança /jovem com cardiopatia congênita;			- Discussão reflexiva com a enfermeira orientadora sobre estratégias promotoras da vinculação e da esperança realista; -Discussão reflexiva com a orientadora sobre estratégias de comunicação e promoção da capacitação emocional, motivação, autoeficácia e imagem corporal positiva de crianças e adolescentes;	- Bibliografia de referência: enquadramento legal e ético da profissão e políticas de saúde infantil; - Recursos humanos: enfermeiro orientador, Enfermeiro chefe, Especialistas e peritos na área.
Indicadores de resultados: Análise crítica e reflexiva sobre o contributo do EESIP em contexto de consulta de desenvolvimento infantil e Relatório final				

Tabela 3.

Planeamento das actividades

Serviço de Urgência Pediátrica				
Objectivos Gerais: 1)Desenvolver competências especializadas para cuidar da Criança, Jovem e Família, nos processos de saúde/doença, nas diferentes etapas de desenvolvimento e nos diferentes contextos onde estão inseridos.				
2)Desenvolver competências especializadas para promover a capacitação parental no cuidado à criança com cardiopatia congénita.				
Unidades de competências a desenvolver E1.1; E1.2; E2.1; E2.3; E2.4; E2.5; E3.2; E3.3; E3.4 (Regulamento nº 422, 2018); B1.1; B1.2; B2.1; B2.2; B2.3; B3.2; C2.1; C2.2; D1.2; D2.1; D2.2; D2.3 (Regulamento nº 140, 2019)				
Objetivos específicos	Actividades			Recursos
	Data de início	Duração	Descrição	
1.1 Conhecer a estrutura física e dinâmica organizacional e funcional do serviço; 1.2 Desenvolver competências especializadas para cuidar da criança/jovem e família em situação doença aguda/urgente/emergente visando a melhoria e restabelecimento da sua saúde;	2/10/2023	5 semanas	- Consulta de programas, protocolos, normas e guidelines da instituição; - Realização de entrevista exploratória ao enfermeiro orientador e restante equipa de enfermagem; - Observação das dinâmicas de gestão de cuidados; - Observação participativa na dinâmica de cuidados; - Realização de entrevista à enfermeira responsável sobre parcerias e protocolos articulação/referenciação com outros recursos da comunidade; - Apreciação completa e focalizada na criança/jovem; - Promoção da relação terapêutica com criança/jovem e família através de técnicas de comunicação adequadas às etapas de desenvolvimento; - Intervenção na gestão do stress na criança/jovem e família mobilizando a filosofia dos cuidados centrados na família e dos cuidados atraumáticos; - Pesquisa e discussão com a orientadora sobre sinais e sintomas de doenças comuns nas várias idades, de mal-estar psíquico e de instabilidade das funções vitais da criança/jovem; - Integração dos cuidados dos cuidados antecipatórios nas intervenções de enfermagem; - Pesquisa de evidência científica para aquisição de conhecimentos sobre doenças raras; - Pesquisa de evidência científica sobre terapias complementares na prática de enfermagem para sustentar a tomada de decisão;	- Documentação das instituições; - Bibliografia de referência: enquadramento legal e ético da profissão e políticas de saúde infantil; - Recursos humanos: enfermeiro orientador, Enfermeiro chefe, Especialistas e peritos na área.

			- Pesquisa e discussão com a orientadora sobre estratégias de comunicação, gestão emocional e realização de educação para a saúde em situação de urgência/emergência; - Definição em conjunto com a família e criança/jovem de estratégias para a consecução do seu projeto de saúde; - Identificação das necessidades e dos recursos comunitários de apoio à criança/jovem e família com necessidades de saúde;	
2.1 Promover a adaptação e capacitação da criança/jovem e família à situação de urgência/emergência e especificamente à criança/jovem com cardiopatia congênita; 2.2 Sensibilizar a equipa de enfermagem para os sinais de alerta na criança com cardiopatia congênita.	2/10/2023	5 semanas	- Pesquisa e discussão reflexiva com a orientadora sobre as estratégias de <i>coping</i> promotoras da adaptação da criança/família a uma situação urgência/emergência; - Pesquisa e discussão reflexiva com a enfermeira orientadora sobre estratégias promotoras da vinculação no contexto de serviço de urgência; - Pesquisa e discussão reflexiva com a orientadora sobre estratégias de comunicação e promoção da capacitação emocional, motivação, autoeficácia e imagem corporal positiva na criança/jovem; - Realização sessão formativa sobre o projeto formativo "Capacitação Parental no Cuidado à Criança com Cardiopatia Congénita".	Documentação das instituições; - Bibliografia de referência: enquadramento legal e ético da profissão e políticas de saúde infantil; - Recursos humanos: enfermeiro orientador, Enfermeiro chefe, Especialistas e peritos na área.
Indicadores de resultados: Análise crítica e reflexiva sobre o contributo do EESIP em contexto de urgência pediátrica e Relatório final				

Tabela 4.

Planeamento das actividades

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos				
Objectivos Gerais: 1)Desenvolver competências especializadas para cuidar da Criança, Jovem e Família, nos processos de saúde/doença, nas diferentes etapas de desenvolvimento e nos diferentes contextos onde estão inseridos.				
2)Desenvolver competências especializadas para promover a capacitação parental no cuidado à criança com cardiopatia congénita				
Unidades de competências a desenvolver: E1.1; E1.2; E2.3; E2.5; E3.1; E3.2; E3.3; E3.4 (Regulamento nº 422, 2018); B1.1; B1.2; B2.1; B2.2; B2.3; B3.2; C2.1; C2.2; D1.2; D2.1; D2.2; D2.3 (Regulamento nº 140, 2019)				
Objetivos específicos	Actividades			Recursos
	Data de início	Duração	Descrição	
1.1 Conhecer a estrutura física e dinâmica organizacional e funcional do serviço; 1.2 Desenvolver competencias especializadas no ambito da prestação de cuidados de enfermagem ao RN de risco e família	13/11/2023	5 semanas	- Consulta de programas, protocolos, normas e guidelines da instituição; - Realização de entrevista exploratória ao enfermeiro orientador e restante equipa de enfermagem; - Observação das dinâmicas de gestão de cuidados; - Observação participativa da dinâmica de cuidados; - Apreciação completa e focalizada do RN; - Apreciação completa e focalizada da família; - Promoção da relação terapêutica com a família através da comunicação eficaz e adequada à transição vivenciada; - Intervenção baseada nos cuidados centrados na família; - Promoção da parentalidade e vinculação; - Intervenção baseada nos cuidados atraumáticos e neuroprotetores; - Avaliação do desenvolvimento infantil com aplicação de escala de avaliação utilizada pelo serviço; - Observação participativa na referenciação multidisciplinar para a promoção da saúde; - Realização de pesquisa de evidência científica de sinais e sintomas de instabilidade das funções vitais dos neonatos e modos de atuação em conformidade; - Participação nos momentos de ensino aos pais de estratégias promotora de contacto físico e técnicas de alimentação;	- Documentação das instituições; - Bibliografia de referência: enquadramento legal e ético da profissão e políticas de saúde infantil; - Recursos humanos: enfermeiro orientador, Enfermeiro chefe, Especialistas e peritos na área.

			- Discussão reflexiva com a orientadora sobre métodos de abordagem ao neonato em situação crítica;	
2.1 Promover a adaptação e capacitação parental ao processo saúde-doença do RN doente ou com necessidades especiais e especificamente ao RN com cardiopatia congénita	13/11/2023	5 semanas	- Pesquisa e discussão reflexiva com a enfermeira orientadora sobre estratégias promotoras da vinculação e da esperança realista; - Discussão reflexiva com a orientadora sobre estratégias de <i>coping</i> promotoras de adaptação familiar à situação do RN; - Discussão reflexiva com a orientadora sobre estratégias de comunicação promotoras da esperança realista, gestão emocional dos pais e cuidados pós-morte; - Realização de sessão de formação à equipa de enfermagem “Cuidar da Criança com Cardiopatia Congénita”.	Documentação das instituições; - Bibliografia de referência: enquadramento legal e ético da profissão e políticas de saúde infantil; - Recursos humanos: enfermeiro orientador, Enfermeiro chefe, Especialistas e peritos na área.
2.2 Sensibilizar a equipa de enfermagem para o cuidado especializado à criança com cardiopatia congénita e sua família.				
Indicadores de resultados: Análise crítica e reflexiva sobre o contributo do EESIP em contexto de neonatologia e Relatório final				

Tabela 5.

Planeamento das actividades

Serviço de Internamento Pediátrico				
Objectivos Gerais: 1)Desenvolver competências especializadas para cuidar da Criança, Jovem e Família, nos processos de saúde/doença, nas diferentes etapas de desenvolvimento e nos diferentes contextos onde estão inseridos. 2)Desenvolver competências especializadas para promover a capacitação parental no cuidado à criança com cardiopatia congénita.				
Unidades de competências a desenvolver: E1.1; E1.2; E2.5; E3.1; E3.2; E3.3; E3.4 (Regulamento nº 422, 2018); B1.1; B1.2; B2.1; B2.2; B2.3; B3.2; C2.1; C2.2; D1.2; D2.1; D2.2; D2.3 (Regulamento nº 140, 2019)				
Objetivos específicos	Actividades			Recursos
	Data de início	Duração	Descrição	
1.1 Conhecer a estrutura física e dinâmica organizacional e funcional do serviço; 1.2 Desenvolver competências especializadas para cuidar da criança e família com cardiopatia congénita;	8/1/2024	5 semanas	- Consulta de programas, protocolos, normas e guidelines da instituição sobre o tema; - Observação das dinâmicas de gestão de cuidados; - Observação participativa na dinâmica de cuidados; - Realização de entrevista à enfermeira responsável sobre parcerias e protocolos articulação/referenciação com outros recursos da comunidade; - Apreciação completa e sistemática da criança/jovem com cardiopatia congénita e da família; - Promoção da relação terapêutica com criança/jovem e família através de técnicas de comunicação adequadas às etapas de desenvolvimento; - Intervenção na gestão do stress na criança/jovem e família mobilizando a filosofia dos cuidados centrados na família e dos cuidados atraumáticos; - Definição em conjunto com a família e criança/jovem de estratégias para a consecução do seu projeto de saúde; - Observação participativa nos momentos de educação para a saúde, com foco de atenção nas estratégias de comunicação utilizadas pela orientadora, tendo em conta o estágio de desenvolvimento da criança/jovem e grau de instrução dos pais para a adaptação à doença e capacitação dos pais para os cuidados à criança/jovem;	- Documentação das instituição; - Bibliografia de referência: enquadramento legal e ético da profissão e políticas de saúde infantil; - Recursos humanos: enfermeiro orientador, Enfermeiro chefe, Especialistas e peritos na área.

2.1 Promover a adaptação e capacitação da criança/jovem e família à doença; 2.2 Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da capacitação parental no cuidado à criança com cardiopatia congénita.	8/1/2024	5 semanas	- Realização de entrevista exploratória acerca do tema ao enfermeiro orientador e peritos de entre a restante equipa de enfermagem; - Observação da intervenção da equipa multidisciplinar no que se refere a estratégias utilizadas para a capacitação da criança/jovem e família para a autogestão da sua condição; - Identificação das necessidades de informação e apoio da criança, jovem e família; - Identificação de fatores facilitadores e inibidores para adaptação da criança/jovem e família à doença; - Promoção da vinculação através de estratégias promotoras de contacto físico; - Implementação do plano de saúde em parceria com a criança/jovem e família; - Elaboração de folheto informativo para os pais sobre a Cardiopatia Congénita; - Realização de dois guias orientadores para os pais contendo informação sobre cuidados a ter após a alta e medicação hipocoagulante; - Realização de sessões de esclarecimento para pais; - Discussões reflexivas com a equipa de enfermagem sobre a importância da capacitação parental no cuidado à criança com cardiopatia congénita.	- Documentação das instituições; - Bibliografia de referência: enquadramento legal e ético da profissão e políticas de saúde infantil; - Recursos humanos: enfermeiro orientador, Enfermeiro chefe, Especialistas e peritos na área.
Indicadores de avaliação: Análise crítica e reflexiva sobre o contributo do EESIP no serviço de cardiologia pediátrica e Relatório final				

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baquero, L. (2018). *Um em cada 100 bebés nasce com um defeito no coração?*. Hospital Cruz Vermelha. https://www.hospitalcruzvermelha.pt/saudebemestar/umemcada100bebesna_scecomumdefeitonocorao
- Brandão, C., Abreu, S. & Pinto, F. (2018). *Cardiopatias congénitas: informação para os pais*. Centro de Referência de Cardiopatias Congénitas do CHULC https://www.chlc.min-saude.pt/wpcontent/uploads/sites/3/2019/09/CRCC_folheto-pais-1.pdf
- Brandão, C., Abreu, S. & Pinto, F. (2018). *Tenho uma cardiopatia congénita... Guia de apoio à escola*. Centro de Referência de Cardiopatias Congénitas do CHULC https://www.chlc.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2019/09/CRCC_folheto-escola.pdf
- Braz, P., Machado, A., Roquette R. & Dias, C. M. (2021). *Registo Nacional de Anomalias Congénitas: relatório 2018-2019*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, IP) <http://hdl.handle.net/10400.18/7878>
- Bruce, E. & Sundin, K. (2018). Pediatric Nurses' Perception of Support for Families With Children With Congenital Heart Defects. *Clinical Nursing Research*. 27(8), 950-966. <https://doi.org/10.1177/1054773817713419>
- Catela, A., Laranjeira, A., Ferro, A., Vital, C., Bento, C., Trigo, C. , Ramos, C., Afonso, D., Durtado, D., Serra e Melo, D., Morais, E., Martinho, E., Martelo, F. Antunes, H., Lima, H., Figueira, I., Fragata, I., Bravio, I., Silva, ... Rodrigues, V. (2009). *Cirurgia das Cardiopatias Congénitas*. In Fragata J. (Ed). *Procedimentos em Cirurgia Cardiotorácica* (1ª ed, p. 251-305), LIDEL
- Choi, Y., & Lee, S. (2021). Coping self-efficacy and parenting stress in mothers of children with congenital heart disease. *Heart & Lung: The Journal of Cardiopulmonary and Acute Care*. 50(2), 352-356. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2021.01.014>
- Dalir, Z., Heydari, A., Kareshki, H., & Manzari, Z. S. (2020). Coping with Caregiving Stress in Families of Children with Congenital Heart Disease: A Qualitative Study. *International*

journal of community based nursing and midwifery, 8(2), 127–139.
<https://doi.org/10.30476/IJCBNM.2020.83029.1113>

Demianczyk, A. C., Bechtel Driscoll, C. F., Karpyn, A., Shillingford, A., Kazak, A. E., & Sood, E. (2022). Coping strategies used by mothers and fathers following diagnosis of congenital heart disease. *Child: care, health and development*, 48(1), 129–138.
<https://doi.org/10.1111/cch.12913>

Direcção Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*.
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>

Hoffman, M., Karpyn, A.; Christofferson, J., Neely, T.; McWhorter, L. G.; Demianczyk, A. C, James, R.; Hafer, J., Kazak, A. E.,; Sood, E. (2020). Fathers of Children With Congenital Heart Disease: Sources of Stress and Opportunities for Intervention. *Pediatric Critical Care Medicine*. 21(11), e1002-e1009 <https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000002388>

Kasparian, N. A., Kan, J. M., Sood, F., Wray, J., Pincus, H. & Newburger, J. W. (2019). Mental health care for parents of babies with congenital heart disease during intensive care unit admission: Systematic review and statement of best practice. *Early Human Development*. 139. 104837 <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2019.104837>

Kim, J. & Cha, C. (2017). Experience of fathers of neonates with congenital heart disease in South Korea. *Heart & Lung: The Journal of Cardiopulmonary and Acute Care*, 46 (6), 439 – 443
<https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2017.08.008>

Lin, P.-J., Liu, Y.-T., Huang, C.-H., Huang, S.-H., & Chen, C.-W. (2021). Caring perceptions and experiences of fathers of children with congenital heart disease: A systematic review of qualitative evidence. *International Journal of Nursing Practice*, 27(5), e12952. <https://doi.org/10.1111/ijn.12952>

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and practice*. Springer Publishing Company.
https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory_middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf
- OMS (2023). Anomalias Congénitas. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/congenital-anomalies>
- Ramos, A. L. (2020). *A Criança e o Jovem como foco de cuidado: Emponderamento da Criança, Jovem e Família*. In Ramos, A. L., Figueiredo, M. C., Néné, M. & Sequeira, C. (Eds.). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª ed, p. 11-24). LIDEL
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, II Série (Nº 133 de 12-07-2018), 19192-19194. ELI: <https://files.dre.pt/2s/2018/07/133000000/1919219194.pdf>
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, II Série (Nº 26 06-02-2019), 4744-4750. ELI: <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Sanayeh, M., Nourian, M., Tajalli, S., Khoshnavay Fomani, F., Heidari, A., & Nasiri, M. (2021). Resilience and Associated Factors in Mothers of Children with Congenital Heart Disease: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Community Based Nursing & Midwifery*, 9(4), 336-345. <https://doi.org/10.30476/ijcbnm.2021.89691.1630>
- Shackleford, J., Nelson, J., Brasher, S. (2023). Nurses' Perceptions of a Novel Rooming-in Program for Infants With Critical Congenital Heart Disease. *American Journal of Critical Care* 1, 32 (1), 54-61. <https://doi.org/10.4037/ajcc2023790>
- Sjostrom-Strand, A. & Terp, K. (2019). Parents' Experiences of Having a Baby With a Congenital Heart Defect and the Child's Heart Surgery. *Comprehensive child and adolescent nursing*, 42(1), 10-23. <https://doi.org/10.1080/24694193.2017.1342104>
- Wei, H., Roscigno, C. I. & Swanson, K. M. (2017). Healthcare providers' caring: Nothing is too small for parents and children hospitalized for heart surgery. *Care of patients with cardiac surgery*. 46 (3), 166-171 <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2017.01.007>

- Woolf-King, S. E., Anger, A., Arnold, E. A., Weiss, S. J., & Teitel, D. (2017). Mental Health Among Parents of Children With Critical Congenital Heart Defects: A Systematic Review. *Journal of the American Heart Association*, 6(2), e004862. <https://doi.org/10.1161/JAHA.116.004862>
- Wray, J., Cassedy, A., Ernst, M.M., Franklin, R. C, Castanho, K. & Marino, B, S, (2018). Psychosocial functioning of parents of children with heart disease—describing the landscape. *European Journal of Pediatrics*, 177, 1811–1821. <https://doi.org/10.1007/s00431-018-3250-7>
- Wray, J., Tregay, J., Bull, C., Knowles, R.L., Crowe, S. & Brown, K. (2018), Issues facing families of infants discharged after cardiac surgery: the perceptions of charity helpline staff. *Acta Paediatric*, 107: 1418-1426. <https://doi.org/10.1111/apa.14304>

Apêndice V

Trabalho “Diarreia e Vômitos em idade pediátrica”

1.º Curso de Mestrado e Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica

Estágio – Cuidados de Saúde Primários

Diarreia e Vómitos em idade pediátrica

Andreia Alexandra Carvalho Santos, nº 11581

1.º Curso de Mestrado e Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica

Estágio – Cuidados de Saúde Primários

Diarreia e vómitos em idade pediátrica

Andreia Alexandra Carvalho Santos, nº 11581

Professora Orientadora:
Prof.^a Dr.^a Maria Fátima Frade

Enfermeira Orientadora:



Lisboa
junho 2023

INDICE

NOTA INTRODUTÓRIA.....	4
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL.....	6
1.1 Diarreia	6
1.1.1 Fisiopatologia	7
1.1.2 Etiologia.....	8
1.1.3 Tratamento	8
1.1.4 Prevenção	14
1.2 Vômitos	14
1.2.1 Fisiopatologia	15
1.2.2 Etiologia.....	15
1.2.3 Tratamento	15
2. A INTERVENÇÃO DO EESIP	17
3. PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO	20
4. AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO	33
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	34

APÊNDICES

Apêndice I – Norma - Procedimento sobre abordagem da criança com doença diarreica aguda

Apêndice II - Norma - Procedimento sobre abordagem da criança com vômitos

NOTA INTRODUTÓRIA

O presente trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio, do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, leccionada na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e desenvolvido numa USF.

O tema surge pelo fato da diarreia e vômitos serem sintomas frequentes em crianças e uma das principais causas de procura de cuidados de saúde, sendo uma necessidade de formação sentida pela equipa de enfermagem da USF.

O enfermeiro especialista (EE) desempenha um importante papel de dinamizador de boas práticas, mobilizando, divulgando e promovendo a aquisição e incorporação de conhecimentos e habilidades, visando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados (Regulamento n.º 140/2019, 2019) e o desenvolvimento de uma prática baseada na melhor evidência melhor possível para uma prestação de cuidados de excelência.

Assim, este trabalho tem como objetivos: identificar as intervenções recomendadas pela evidência no tratamento da diarreia e vômitos na criança e jovem e sensibilizar a equipa de enfermagem para estas, visando melhorar a conformidade dos profissionais com as recomendações e a padronização da sua intervenção.

Estes aspetos são essenciais para reduzir intervenções inadequadas e consequentemente melhorar a qualidade dos cuidados prestados que será traduzida por melhores resultados clínicos uma vez que estas são eficazes para o tratamento dessas situações no domicílio e capazes de prevenir que as mesmas evoluam para situações mais graves nas quais é necessário hospitalização.

Deste modo, para otimização dos resultados clínicos a capacitação parental no cuidado da criança e jovem com diarreia e/ou vômitos é uma intervenção essencial, uma vez que permitirá aumentar os conhecimentos e a capacidade de atuação dos pais perante estas situações, emponderando-os para que estes consigam cuidar dos filhos, identificar e agir na presença de sinais de alerta.

O Enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediátrico (EESIP) desempenha um importante papel no empoderamento parental, uma vez que este trabalha em parceria com a

criança e família nos diferentes contextos onde a criança está inserida, proporcionando educação para a saúde, identificando e mobilizando recursos de suporte à criança/jovem e família, de forma a dar resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade, maximizando o seu potencial e a sua saúde (Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho). A intervenção do EESIP é baseado na filosofia dos cuidados centrados no binómio criança/família, atendendo à individualidade de cada família e às suas necessidades particulares, valorizando o papel fundamental da família como principal cuidador da criança/jovem e essencial para o seu crescimento e desenvolvimento (Direcção Geral de Saúde, 2013; Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho).

A capacitação e o empoderamento parental são importantes estratégias promotoras da saúde, do bem-estar e do autocuidado da criança, capazes de prevenir complicações associadas a situações de doença, facilitando a adaptação da criança e família nos processos de saúde-doença, e por consequência permitem melhorar a qualidade dos cuidados e aumentar a satisfação da criança e família pelos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Este trabalho vai de encontro com os objetivos definidos para o desenvolvimento e aquisição das competências de EE e EESIP durante o percurso formativo (estágio), estando organizado segundo as normas de elaboração de trabalhos escritos da ESEL, seguindo as normas da American Psychological Association 7th edition para as citações de texto e referências bibliográficas e será dividido em 5 capítulos, para além da nota introdutória e das referências bibliográficas. No primeiro capítulo são definidos conceitos e apresentadas as recomendações atuais no tratamento da diarreia e vômitos em idade pediátrica; no segundo é evidenciada a intervenção do EESIP perante estas situações; no terceiro capítulo é apresentado o plano de sessão de formação sobre a temática, no quarto capítulo é feito o registo da sessão e no quinto capítulo são feitas as considerações finais.

1.ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

Ao longo deste capítulo serão definidos os conceitos de diarreia e vômitos e apresentadas as intervenções recomendadas para o seu tratamento.

1.1 Diarreia

A diarreia consiste numa alteração no volume e consistência das fezes em relação ao padrão intestinal de cada pessoa, estando associada a um aumento do número de dejeções e/ou diminuição da consistência das fezes (moles ou líquidas) (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2017; Serviço Nacional de Saúde 24 [SNS24], 2023); podendo ser classificado como aguda (duração autolimitada a <14 dias) e crónica (duração prolongada superior a quatro semanas) (Lammert et al., 2022).

A diarreia aguda é a principal causa de doença em crianças com menos de 5 anos (Lammert et al., 2022) e segundo a OMS (2017) é a segunda causa de morte e de desnutrição nas crianças desse grupo etário nos países em desenvolvimento, sendo que nos países desenvolvidos a mortalidade por doença diarreica aguda é rara, no entanto é uma das principais causas de procura de cuidados de saúde e hospitalizações, tendo um elevado impacto económico e de consumo de cuidados de saúde (Guarino et al., 2018). Cada criança com menos de 5 anos de idade tem em média de três episódios por ano de diarreia aguda (World Gastroenterology Organisation [WGO], 2012). Deste modo, neste trabalho será apenas abordada a doença diarreica aguda.

A principal consequência da doença diarreica aguda na criança é a desidratação. Esta reflete a gravidade da doença, aumentando o seu risco quando a criança apresenta vômitos e febre, sendo a hidratação a chave do sucesso no tratamento da doença diarreica aguda, devendo ser a avaliação da desidratação a principal preocupação no cuidado destas crianças uma vez que esta permitirá escolher qual o método mais adequado de reidratação (Brandt et al., 2015).

Deste modo, a doença diarreica aguda pode ser classificada como leve quando não se observam sinais de desidratação; moderada quando há sinais de desidratação leves ou moderados e é possível realizar reidratação por via oral; e grave com apresentação de sinais

de desidratação mais intensa que poderá estar associada ou não a desequilíbrios electrolíticos e que requer terapia de reidratação venosa (Brandt et al., 2015).

Para além do grau de desidratação existem outros factores que vão influenciar o prognóstico da doença diarreica aguda na criança (Tabela 1).

Tabela 1 – Factores de prognóstico da diarreia aguda na criança

Fator	Observações
Desnutrição	● Aproximadamente 10% das crianças nos países em desenvolvimento possuem um déficite de peso severo ● As deficiências de macro ou micronutrientes nas crianças são acompanhadas de diarreia mais prolongada e severa; é provável que com a disenteria apareçam hipocalcemia e prolapso retal ● A desnutrição aumenta o risco de morte por diarreia
Deficiência de zinco	● Suprime a função do sistema imunológico e está associada a um aumento da prevalência de diarreia persistente e uma maior frequência de diarreia
Diarreia persistente	● Com frequência leva à má absorção e uma importante perda de peso, promovendo ainda mais o ciclo
Imunossupressão	● Secundária a infecção por VIH ou outras afecções crónicas; pode acompanhar-se de maior risco de apresentar doença clínica, demora na resolução dos sintomas, ou recorrência frequente dos episódios de diarreia

Fonte: Adaptado WGO, 2012

1.1.1 Fisiopatologia

Relativamente à fisiopatologia da diarreia aguda esta pode ser explicada por dois mecanismos: o osmótico, que caracteriza-se pelo aumento da osmolaridade no lúmen intestinal devido a presença de substâncias que não são absorvidas havendo um recrutamento de água sendo este o mecanismo presente nas situações de intolerância à lactose, crescimento excessivo de bactérias, utilização de laxantes e efeito secundário de alguns medicamentos (p.e. antibióticos); e o secretor, que resulta da secreção intestinal elevada de sódio e cloro devido à presença de exotoxinas produzidas por agentes patogênicos (vírus, bactérias, parasitas) ou de mediadores da inflamação intestinal levando a perda de água devido à sua passagem para o intestino (Brandt et al., 2015; Lammert et al., 2022).

A estes mecanismos poderá estar associada alteração na motilidade e absorção intestinal secundária à lesão ou inflamação do mesmo (Brandt et al., 2015).

1.1.2 Etiologia

As causas mais frequentes da doença diarreica aguda são: intoxicação alimentar, intolerância alimentar, gastroenterite (viral, bacteriana ou protozoária), tratamento antibiótico ou consumo excessivo de alguns alimentos (ricos em fibras) (SNS24, 2023).

Nas crianças a principal causa é a gastroenterite aguda sendo o principal agente o rotavírus. A gastroenterite por rotavírus é mais grave nas crianças dos 3-24 meses, sendo que até aos 3 meses a criança está protegida pelos anticorpos adquiridos da mãe (Lammert et al., 2022).

No entanto, é necessário fazer um diagnóstico diferencial, uma vez que nas crianças são várias as patologias que podem provocar diarreia aguda: pneumonia, otite média, infecção urinária, sépsis bacteriana e meningite (World Gastroenterology Organisation [WGO], 2012).

1.1.3 Tratamento

As recomendações atuais sobre o tratamento da doença diarreica aguda na criança e no jovem apontam a (1) hidratação e a (2) nutrição como sendo as intervenções com melhor impacto sobre o curso da doença. A terapia de reidratação oral deve ser previligiada em lactentes e crianças/jovens com sinais de desidratação, uma vez que esta é eficaz, segura, menos dolorosa para a criança e menos dispendiosa do que a terapia de reidratação venosa. A nutrição deve ser iniciada logo que a desidratação esteja resolvida, não estando indicado restrições alimentares. A utilização de (3) medicação para controlo de sintomas têm indicações restritas assim como o uso de antibióticos só está indicado em casos específicos (Brandt et al., 2015; Guarino et al., 2018).

Segundo a OMS (2005), o tratamento da doença diarreica aguda tem como objetivos: prevenir/tratar a desidratação, prevenir a desnutrição e reduzir a duração e gravidade do episódio diarreico.

(1) Hidratação

Como já foi referido, a desidratação é a principal complicação da doença diarreica aguda, é um dos principais riscos para a saúde infantil e o principal motivo de procura de cuidados de saúde, hospitalização e causa de morte. A desidratação reflete a gravidade da doença pelo que, a avaliação do estado de hidratação da criança deverá ser a primeira

intervenção na abordagem da criança uma vez que é essencial na decisão do tratamento (Guarino et al., 2018).

A perda de peso durante o episódio de diarreia aguda é considerada um bom parâmetro para avaliar a desidratação. Assim, de acordo com a perda de peso a desidratação é classificada de leve (<5%), moderada (5%-10%) e grave (>10%). No entanto, este parâmetro tem uma utilidade prática limitada relacionado com a dificuldade em obter a informação sobre o peso da criança (Brandt et al., 2015).

Deste modo, é necessário utilizar outras variáveis clínicas para definir o estado de hidratação, como os sinais clínicos observados durante a avaliação da criança. No entanto, nesta avaliação devem ser usados sinais passíveis de serem avaliados de forma simples e objetiva. São exemplos: a aparência geral da criança, o enchimento capilar, o turgor da pele, a frequência cardíaca, a tensão arterial e o padrão respiratório. O uso de escalas padronizadas tem sido considerado útil na gestão da doença nas crianças. A escala de desidratação clínica (Tabela 2) já foi validada em vários estudos, sendo considerada um instrumento confiável para avaliar o grau desidratação em crianças (1-36 meses) bem nutridas, uma vez que a confiabilidade dos sinais avaliados na escala pode estar reduzida em crianças desnutridas. A escala de gravidade de Vesikari (tabela 2) avalia o impacto da doença e a resposta à intervenções.

Tabela 2 – Escala de desidratação clínica

Características	0	1	2
Aparência geral	Normal	Com sede, inquieta ou letárgica, mas irritada quando nauseada	Sonolenta, hipotônica, fria ou sudorética + - comatosa
Olhos	Normal	Levemente encovado	Muito encovado
Membranas mucosas (língua)	Úmida	Espessa	Seca
Lágrimas	Presente	Lágrima diminuída	Lágrima ausente

Score = 0, nenhuma desidratação; Score 1-4, alguma desidratação; Score 5-8, desidratação moderada à severa.

Fonte: Adaptado de Freedman et al., 2012

A apresentação clínica também nos alerta para o risco de desidratação: criança com elevado número de dejeções líquidas associado a vômitos e febre tem maior risco de desidratação (Brandt et al., 2015).

Tabela 3 – Escala de gravidade modificada de Vesicari

Pontos	0	1	2	3
Duração da diarreia, horas	0	1-96	97-120	≥ 121
Número máx. de evacuações diarreicas em 24 h	0	1-3	4-5	≥ 6
Duração dos vômitos, horas	0	1-24	25-48	≥ 49
Número max. de vômitos em 24 h	0	1	2-4	≥ 5
Max. temperatura aferida (°C)	<37	37,1-38,4	38,5-38,9	≥ 39
Atendimento em serviço de saúde	-	-	Serviço de saúde primário	Emergência hospitalar
Tratamento	-	Reidratação venosa	Hospitalização	-

Leve 0-8; Moderada 9-10; Grave ≥ 11.

Fonte: Adaptado de Carmo et al., 2012

Os exames laboratoriais já não estão indicados na abordagem das crianças com doença diarreica aguda não complicada, no entanto quando necessários permitem determinar a gravidade da desidratação: baixos níveis de bicarbonato sérico e níveis elevados de ureia são preditivos de uma desidratação moderada a grave (Brandt et al., 2015). Exames laboratoriais para investigação microbiológica devem ser considerados nas seguintes situações: crianças com condição crónica (doença oncológica, doença inflamatória intestinal, imunodeficiência), situações clínicas de extrema gravidade (sepsis), sintomas prolongados (>7 dias), durante surtos (creche, escola, hospital), criança com diarreia sangüenta grave e febre e histórico de viagem para zonas de risco (Brandt et al., 2015; Guarino et al., 2018; OMS, 2015).

Na criança desidratada, o tratamento hidroelectrolítico consiste na reidratação e reposição das perdas através da terapia de reidratação oral, devendo ser iniciada o mais rápido possível, enquanto a terapia de reidratação venosa deverá ser usada em caso de insucesso da primeira ou nos casos graves de desidratação (Brandt et al., 2015; Guarino et al., 2018). Como orientação, a OMS (2005) recomenda administrar 50ml-100ml de solução de hidratação oral nas crianças até dois anos de idade, 100ml-200ml nas crianças entre os dois e os 10 anos e volume livre apartir dos 10 anos, devendo ser administrada em pequena quantidade e em intervalos regulares (5ml de cinco em cinco minutos). Segundo a mesma orientação, em substituição dos soros de hidratação oral pode-se utilizar outros fluidos como a água de arroz e caldo de legumes, sendo necessário adicionar sal, assim como o leite materno na criança amamentada. Devem ser evitadas as bebidas energéticas, refrigerantes e sumos ricos em

sorbitol devido ao baixo teor de sódio e à elevada osmolaridade. Em caso de vômitos, fazer uma pausa alimentar no mínimo de 30 minutos para voltar a iniciar reidratação (Brandt et al., 2015; Guarino et al., 2018).

As soluções de hidratação oral permitiram reduzir a morbidade e mortalidade nas situações de diarreia aguda. Estas soluções aumentam e promovem a reabsorção de sódio e água e vários estudos demonstraram que estas reduzem consideravelmente os vômitos, a perda de volume decorrente da diarreia, a duração da doença e a necessidade de terapia de reidratação venosa. Para melhor aceitação por parte das crianças a indústria comercial tem desenvolvido soluções com sabores. Nos casos em que o volume necessário para a reposição das perdas não é tolerado pela criança por recusa ou vômito poder-se-á recorrer à colocação de uma sonda nasogástrica, tendo como vantagens: prevenir a sobrecarga hídrica, ser menos invasivo do que a terapia de reidratação endovenosa, permitir o rápido início do tratamento, ter menos custos e é tão eficaz quanto a hidratação endovenosa em situações de desidratação moderada (Brandt et al., 2015; Guarino et al., 2018).

A hidratação endovenosa é necessária e vital em casos de desidratação grave. Relativamente ao tipo de solução a utilizar existe evidência de que a utilização da solução salina isotônica (0,9%) é preferível à hipotônica (0,45%) uma vez que permite prevenir a hiponatremia sem causar hipernatremia. Em relação ao volume e à velocidade de administração da hidratação endovenosa, as evidências atuais defendem a administração de 20ml/kg/h invés de 60ml/kg/h, uma vez que os estudos demonstraram que as crianças hidratadas através da administração mais rápida apresentaram com maior frequência hipernatremia e tiveram alta hospitalar mais tarde. A soroterapia deverá ser mantida por 2 a 4 horas. A hidratação por via oral deve ser iniciada ainda durante a hidratação endovenosa que deverá ser suspensa logo que a criança esteja hidratada e esteja assegurada a hidratação por via oral (Brandt et al., 2015; Guarino et al., 2018).

(2) Alimentação

Como foi referido no início deste sub-capítulo não é necessário fazer restrições alimentares na doença diarreica aguda, sendo importante a manutenção de uma dieta adequada à criança para a regeneração da mucosa intestinal. Na criança sem sinais de desidratação a alimentação habitual deve ser mantida. Nas situações de desidratação leve a

moderada, deve ser feita uma pausa alimentar durante quatro a seis horas após início da reidratação. A amamentação deverá ser mantida durante o episódio de diarreia (Brandt et al., 2015; Guarino et al., 2018).

Relativamente aos lactentes alimentados através de leites adaptados não há evidências significativas sobre a necessidade de mudar para um leite sem lactose. Estudos demonstram que as crianças que mais beneficiam com a restrição de lactose são aquelas em que a doença evolui para desidratação grave e as desnutridas, evidenciando redução das perdas e menor tempo de doença. No entanto, a restrição de lactose através diminuição da oferta de leite à criança associada à manutenção da restante dieta permite melhor ganho ponderal quando comparado à alimentação predominante com leite adaptado sem lactose. Dietas com restrição de lactose podem ser consideradas em crianças com diarreia prolongada (>7 dias) e o leite adaptado sem lactose deve ser recomendada em crianças com diarreia crônica (>14 dias) (Brandt et al., 2015; Guarino et al., 2018).

As crianças que já iniciaram a alimentação sólida deverão manter os seus hábitos alimentares, fazendo uma dieta com alimentos de fácil digestão (cozidos, grelhados, pouca gordura), devendo evitar sumos com elevado teor de açúcar, pois estes podem agravar as perdas diarreicas devido à sua elevada osmolaridade (Brandt et al., 2015; Guarino et al., 2018).

A criança poderá apresentar anorexia na fase aguda da doença diarreica. Por esta razão, deve-se oferecer à criança alimentos ao seu gosto, em pequenas quantidades e com maior frequência, respeitando a vontade da criança (Brandt et al., 2015).

(3) Medicação para controlo de sintomas

A febre e a dor abdominal poderão estar presentes na doença diarreica aguda. Estes sintomas podem ser controlados através administração anti-pirético e analgésico (paracetamol). Não deverão ser utilizados medicamentos antiespasmóticos (escopolamina) e antifiséticos (simetina) (Brandt et al., 2015).

Antieméticos: a presença de vômitos é frequente em situações de doença diarreica aguda. Os vômitos poderão estar relacionados com o quadro de desidratação, melhorando quando a criança começa a hidratação, não havendo indicação para o uso de antieméticos, havendo maior risco do que benefício, uma vez que o risco de efeitos secundários a este tipo

de medicação é superior quando utilizada em doentes desidratadas ou com distúrbios eletrolíticos. O uso de antieméticos (toma única) tem sido proposto com o objetivo de reduzir os vômitos nas primeiras horas após o início dos sintomas de forma a permitir a reidratação oral e evitar o internamento hospitalar. Vários estudos demonstraram que a utilização de ondasetron em situações de vômitos intensos reduziu o risco de desidratação e a necessidade de hospitalização. A utilização deste tipo de medicação não deve substituir a terapia de reidratação oral (Brandt et al., 2015; Guarino et al., 2018).

Antidiarreicos: As diretrizes internacionais são unânimes ao afirmar que não há indicação para utilizar este tipo de medicamento na doença diarreica aguda. A loperamida foi retirada do receituário pediátrico desde que se identificaram efeitos tóxicos ao nível do sistema nervoso central além do risco de provocar íleo paralítico (Brandt et al., 2015; Guarino et al., 2018; OMS, 2005).

Prebióticos e Probióticos: Os prebióticos são substâncias fermentadas seletivamente que provocam mudanças específicas na composição e/ou atividade da microbiota gastrointestinal, trazendo benefícios para a saúde, uma vez que aumentam o número de bactérias anaeróbias benéficas e diminuem a população de microorganismos potencialmente patogênicos (WGO, 2017). Os probióticos são microorganismos vivos que administrados em dosagens adequadas conferem benefício, uma vez que alteram ecossistema intestinal, estimulando mecanismos imunes da mucosa que podem conduzir ao antagonismo de potenciais agentes patogênicos, melhorando o ambiente intestinal e fortalecendo a barreira intestinal, combatendo assim a inflamação através da resposta imunitária (WGO, 2017). A utilização de probióticos deve ser feita em conjunto com a terapia de reidratação oral, estando associado a redução das perdas fecais, duração do episódio diarreico e da necessidade de hospitalização (Brandt et al., 2015; Guarino et al., 2018). No entanto, a sua utilização pode causar bacteremia ou fungemia em determinadas situações: doença crítica, imunossupressão, prematuridade, cardiopatia estrutural, hospitalização, presença cateter venoso central e risco de translocação de probióticos através da parede intestinal (Szajewska et al., 2020).

Antibióticos: Os antibióticos não estão indicados nos quadros de doença diarreica aguda, mesmo quando a etiologia é bacteriana, uma vez que o curso da doença é autolimitado e benigno desde que se mantenha a hidratação da criança, para além do que o seu uso iria

prejudicar a microbiótica intestinal que tem importante papel de protecção (Brandt et al., 2015; Guarino et al., 2018). A OMS (2005) recomenda o uso de antibióticos nos casos mais graves de doença diarreica aguda associado à shigella (ciprofloxacina, ceftriaxona) e na cólera (tetraciclina, eritromicina).

Antiparasitários: Quando o agente causal é um protozoário o tratamento etiológico está indicado em doentes imunodeprimidos (Brandt et al., 2015; Guarino et al., 2018; OMS, 2005).

1.1.4 Prevenção

O aleitamento materno exclusivo por seis meses e complementado até dois anos tem um impacto significativo na redução da incidência e gravidade da doença (Brandt et al., 2015; Guarino et al., 2018; Lammert et al., 2022; OMS, 2017).

A higienização frequente das mãos e a prática de uma boa segurança alimentar (conservação e preparação) são importante estratégias para prevenir a doença diarreica aguda, assim como minimizar a sua propagação.

A vacinação contra o rotavírus e a sua cobertura universal tem sido importante para a redução das formas graves da doença e do número de hospitalizações associadas a esta, tendo reduzido o risco de morte pela mesma (Brandt et al., 2015; Guarino et al., 2018; Lammert et al., 2022). Em Portugal, a vacinação contra rotavírus não faz parte do Plano Nacional de Vacinação, no entanto é administrada gratuitamente a grupos de risco: crianças pré-termo, de baixo-peso e portadoras de doenças graves *"(...)uma vez que possuem risco acrescido de internamentos prolongados e repetidos, havendo potencial para transmissão nosocomial e doença grave por rotavírus."* (Norma nº 007/2021).

1.2 Vómitos

O vómito consiste na expulsão de conteúdo do estômago através da boca, acompanhado da contração dos músculos do abdómen, muitas vezes seguido de choro (Hospital da Luz, 2019).

Tal como a diarreia, os vómitos são um sintoma bastante frequente em idade pediátrica e uma das situação de preocupação dos pais e de procura de cuidados de saúde (Santos & Rabaça, 2017).

Nos lactentes é importante distinguir do “bolçar”, no qual o conteúdo escorre pela boca, não é acompanhado de choro ou contração dos músculos abdominais (Lammert et al., 2022).

Os vômitos podem ser acompanhados de dor abdominal, diarreia ou febre. Em algumas crianças podem surgir petéquias na face devido ao esforço feito para vomitar, não sendo motivo de preocupação desde que não surjam noutra local do corpo (Santos & Rabaça, 2018).

É um sintoma autolimitado e que não requer um tratamento específico. No entanto, poderá provocar desidratação, desequilíbrio hidroelectrolítico, desnutrição e síndrome de Mallory-Weys (pequenas laceração na mucosa do esófago) (Lammert et al., 2022).

À semelhança do tratamento da diarreia, o tratamento dos vômitos pode ser realizado em casa tendo como principal objetivo prevenir a desidratação.

1.2.1 Fisiopatologia

Os vômitos podem ser divididos em duas categorias: não biliosos e biliosos (Lammert et al., 2022).

Esta classificação está relacionada com a causa dos vômitos. Os vômitos não biliosos estão associados a causas infecciosa, inflamatória, metabólica, endócrina, neurológica ou psicológica; enquanto os vômitos biliosos estão associados a alterações na motilidade ou obstrução distal (íleo parálítico, apendicite, hérnia inguinal estrangulada, atresia e estenose intestinal) (Lammert et al., 2022).

1.2.2 Etiologia

As causas mais frequentes de vômitos em idade pediátrica são: gastroenterite (viral, bacteriana, protozoária), alergia alimentar, intolerância alimentar, intoxicação/envenenamento, refluxo gastroesofágico, apendicite, infecção urinária, otite, meningite, obstrução intestinal, estenose pilórica, cetoacidose diabética, cinetose, tosse intensa, cefaleias, traumatismo craniano (Neto, 2014). A principal causa de vômito nas crianças e jovens é a gastroenterite (healthdirect, 2021; Lammert et al., 2022).

1.2.3 Tratamento

Seja qual for a causa dos vômitos o principal objetivo do tratamento é a prevenção da desidratação. Tal como no tratamento da diarreia a primeira intervenção deverá ser a avaliação

da hidratação da criança e iniciar o mais rápido possível a reidratação por via oral. A reposição das perdas deve ser realizada da mesma forma que no tratamento da diarreia (Lammert et al., 2022).

A alimentação deverá ser iniciada logo que a criança tolere a hidratação oral (quatro a seis horas). No entanto após o vômito deve-se fazer uma pausa de pelo menos 30 minutos para reiniciar a hidratação oral. O aleitamento materno deverá ser mantido assim como o leite adaptado. Deve-se oferecer alimentos de fácil digestão e de acordo com as preferências da criança, em pequenas quantidades e com maior frequências. Se passadas 24 horas sem vômitos a quantidade de líquidos e de alimentação deverá ser aumentada progressivamente (Neto, 2014; Santos & Rabaça, 2018). Nos casos em que a causa dos vômitos deve-se a obstrução a alimentação é suspensa até resolução da causa (Lammert et al., 2022).

Importante que a criança descanse e durma. O sono promove o esvaziamento gástrico contribuindo para a diminuição da necessidade de vomitar (Neto, 2014).

A utilização de medicação para controlo de sintomas tem indicações restritas tal como foi descrito no subcapítulo referente ao tratamento da diarreia (anti-piréticos, analgesicos e antiemáticos). O uso de antibióticos está indicado nas situações em que a causa dos vômitos é infecciosa (bacteriana).

Algumas causas dos vômitos necessitam de hospitalização e são consideradas emergências médicas: envenenamento, apendicite, obstrução intestinal, meningite e cetoacidose diabética. Nestas situações, as crianças necessitam de vigilância e monitorização dos sinais e sintomas. Nos casos de obstrução intestinal e apendicite a criança é submetida a cirurgia emergente (healt direct, 2021).

2. A INTERVENÇÃO DO EESIP

A intervenção do EESIP será avaliar o estado clínico da criança para decidir o encaminhamento mais adequado à situação. Esta avaliação deve focar-se em (WGO, 2012):

1) Avaliar o estado de desidratação da criança: dará a gravidade da doença e o grau de necessidade de reidratação (Tabela 4).

2) Identificar causas prováveis: através da história da doença, antecedentes pessoais e avaliação dos restantes sinais e sintomas da criança (tabela 5).

Tabela 4 – Avaliação da desidratação – “Método Dhaka”

Avaliação	Plano A	Plano B	Plano C
1 Estado Geral	Normal	Irritável/hipoativo*	Letárgico/comatoso*
2 Olhos	Normal	Fundos	–
3 Mucosa	Normais	Secas	–
4 Sede	Normal	Sedento	Incapaz de beber*
5 Pulso radial	Normal	Volume baixo*	Ausente/ inotável*
6 Turgidez da pele	Normal	Reduzida*	–
Diagnóstico	Não há desidratação	Certa desidratação. Observam-se pelo menos dois sinais, incluindo no mínimo <i>um</i> sinal chave (*)	Desidratação severa. Observam-se sinais de “certa desidratação”, no mínimo <i>um</i> sinal chave (*)
Tratamento	Evitar a desidratação Reavaliar periodicamente	Reidratar com SRO, exceto se não puder beber Reavaliação frequente	Reidratar com líquidos i.v. e SRO Reavaliação mais frequente

* Sinais chave.

Fonte: Adaptado de WGO, 2012

Tabela 4 – Identificação causas prováveis

Histórico do paciente	Exame físico
• Forma de início, frequência das fezes, tipo e volume • Presença de sangue • Vômitos • Medicamentos recebidos • Antecedentes médicos • Condições de base • Indícios epidemiológicos	• Peso corporal • Temperatura • Pulso/frequência cardíaca e respiratória • Pressão arterial Detalhes pediátricos: Evidência de problemas associados nas crianças

Fonte: Adaptado de WGO, 2012

Na maioria dos casos de diarreia e vômitos da criança pode ser tratada em casa e a intervenção do enfermeiro passará por fornecer informação ao cuidador sobre os cuidados a ter com a hidratação e alimentação da criança, medicação para controlo de sintomas, assim

como sobre os sinais de alerta que poderão indicar agravamento da doença e em que situações se deve recorrer à urgência.

Esta informação poderá ser transmitida na fase de doença mas também durante as consultas de vigilância de saúde como cuidado antecipatório (competência específica EESIP E1.2 - E1.2.1, Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho) de forma a capacitar os pais no cuidado da crianças com diarreia e vômitos, aumentando o seu conhecimento e a sua capacidade de acção perante estas situações. O empoderamento parental é uma estratégia promotora da saúde, bem-estar e do autocuidado da criança, capazes de prevenir complicações associadas a situações de doença (competência específica EESIP E2.2 - E2.2.1, Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho), facilitando a adaptação da criança e família nos processos de saúde-doença, e por consequência permitem melhorar a qualidade dos cuidados e aumentar a satisfação da criança e família pelos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2017). Assim, a capacitação parental no cuidado da criança com diarreia e vômitos poderá prevenir a desidratação e evitar a necessidade de hospitalização, para além de reduzir o stress e ansiedade parental associado à doença do filho (competência específica EESIP E1.1 - E1.1.1, E1.1.2, E 1.1.3, E 1.1.4, Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho).

É importante que essa informação para além de transmitida oralmente seja disponibilizada em formato de folheto (figura 1 e 2) (competência comum EE B 1.1 - B1.1.3). A informação do folheto deverá ser clara e simples. É fundamental esclarecer as dúvidas dos pais e validar que a informação transmitida foi compreendida, de forma a minimizar o insucesso do tratamento em casa.

Deste modo, é essencial que o enfermeiro tenha preocupação na atualização de conhecimento, procurando saber quais as atuais recomendações para o tratamento da diarreia e vômitos para que o seu cuidado seja de excelência e baseado na melhor evidência possível (competência comum B EE 1.1 - B1.1.3, Regulamento n.º 140/2019, 2019).

O EE desempenha um importante papel como dinamizador de boas práticas, mobilizando, divulgando e promovendo a aquisição e incorporação de conhecimentos e habilidades por parte da equipa, visando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados (competência comum B EE 1.2 – B1.2.3, Regulamento n.º 140/2019, 2019). Neste sentido, foram elaborados duas Normas de Procedimento: “Abordagem da criança com doença diarreica aguda” e “Abordagem da criança com vômitos” (Apêndice I e II).

Figura 1 – Folheto “Diarreia e Vômitos: o que fazer?” (parte I)

Como fazer água de arroz?

Preparação

- Cozer as 2 colheres de arroz não lavado, num litro de água até esta reduzir para metade;
- À água da cozedura juntar meio litro de água fervida;
- Fica com 1 litro de água de arroz à qual se deve juntar 1 colher de café (as mais pequenas) rasa de sal.

Importante

- ✓ Vigiar estado geral e temperatura.
- ✓ Em caso de dor e febre administrar paracetamol (xarope na diarreia e supositório nos vômitos).

Diarreia e Vômitos

O que fazer?



Quando deve procurar observação médica?

Saúde 24: 808242424

- ✓ Idade inferior a 3 meses;
- ✓ Doença crónica de base;
- ✓ Suspeita de ingestão de alimento ou substância tóxica;
- ✓ Intolerância à hidratação oral, recusa de líquidos ou vômitos persistentes;
- ✓ Presença de **sinais de alarme**:

- **Sinais de desidratação:** lábios e língua seca, choro sem lágrimas, olhos encovados/olheiras; não urina ou tem urina escura, não enche uma fralda em 6h;

- Criança irritada, sonolenta e difícil de despertar;

- Febre que não cede ao paracetamol;

- Dor abdominal intensa;

- Sangue nas fezes;

- Vômitos biliosos(verdes) ou com sangue;

- Duração prolongada da doença;

- Agravamento da doença ou aparecimento de novos sinais ou sintomas (por exemplo, manchas na pele).

NÃO DARI!

- Legumes verdes
- Frutas mais ácidas (laranjas, kiwis...)
- Leguminosas (feijão, grão...)
- Doces e chocolates
- Molhos (maionese, ketchup...)
- Iogurtes sem ser os naturais (tipo danoninho®)
- Gorduras (manteiga, queijo...)

✓ Importante que a **criança descanse e durma**. O sono promove o esvaziamento gástrico contribuindo para a diminuição da necessidade de vomitar.

✓ É normal que ao iniciar a dieta a criança aumente o número de defecções.

✓ **Não dar medicamentos não receitados** pelo médico, incluindo medicamentos para a diarreia e vômitos.

✓ Previna o contágio: lavar as mãos com frequência e mantenha a criança em casa até estar 24 horas sem vômitos ou diarreia.

Figura 2 – Folheto “Diarreia e Vômitos: o que fazer?” (parte II)

Diarreia: fezes mais moles ou líquidas e aumento da sua frequências.

Habitualmente tem uma duração inferior a 7 dias e não ultrapassa os 14 dias (diarreia aguda).

Vômitos: expulsão em jato do conteúdo gástrico, acompanhado por contração dos músculos abdominais.

Diferente do “bolçar” que geralmente escorre pela boca e não é acompanhado de choro ou contração dos músculos addominais.

A causa mais frequente de diarreia e/ou vômitos é a **gastroenterite** que é normalmente causada por **vírus**

A criança pode apresentar febre, dor abdominal, falta de apetite e mau estar.

Habitualmente **não é necessário** medicação.

A principal preocupação é evitar a desidratação.

COMO TRATAR?



✓ A criança pode beber líquidos livremente mas aos poucos.

1. Após o vômito, deve-se fazer uma pausa alimentar no mínimo de 30 minutos.

2. Repor os líquidos perdidos. Após a pausa, oferecer líquidos ou soro de reidratação de forma fraccionada, sem insistir: 5 ml de 5 em 5 minutos.

3. Se a criança tolerar os líquidos (4-6 horas) pode ser iniciada a dieta normal

Crianças a leite materno e/ou adaptado

- Manter o aleitamento materno em horário livre ou reforçar a oferta.
- Em caso de vômitos: após a pausa de 30 minutos oferecer a mama só 1 a 2 minutos de cada vez.
- Diminuir a quantidade de leite adaptado e este poderá ser preparado com água de arroz.
- Entre as mamadas/biberons oferecer líquidos (soro de reidratação, chá preto fraco com muito pouco açúcar e água de arroz) como foi anteriormente descrito.
- Se não voltar a vomitar: aumentar progressivamente o tempo na mama e a quantidade de leite adaptado

Crianças a leite, papas, sopa e fruta

Para além do anterior e se a criança não vomitar:

- Dar 3 colheres de iogurte natural com muito pouco açúcar; se tolerar oferecer o resto 30 minutos, podendo iniciar alimentação habitual progressivamente.
- A papa poderá ser preparada com água de arroz e preferir as não lácteas.
- Sopa de cenoura com arroz, **sem** legumes verdes.
- Maçã ou pêra cozida e banana.

Crianças com alimentação diversa

- Hidratação como descrito anteriormente.
- Evitar bebidas energéticas, refrigerantes e sumos muito doces.
- Passadas as 4-6h de reidratação oral iniciar a ingestão de sólidos.
- Oferecer alimentos da preferência da criança e de fácil digestão (cozidos, grelhados, reduzir as gorduras) e sem insistir.
- Pequenas quantidades e de forma mais frequente.
- Passadas 24h sem vômitos, retomar gradualmente a dieta habitual, aumentando progressivamente a quantidade de comida e líquidos às refeições.

3. PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema:	Intervenção do Enfermeiro junto da criança e família junto com diarreia e vómitos
Duração:	20 – 30 min
Data da Sessão:	A acção decorrerá no estágio do 2º semestre do ano letivo 2022/2023
Local:	USF
Formador/a:	Andreia Santos
Destinatários:	Equipa de Enfermagem da USF
Pré-requisitos:	Pertencer à equipa de Enfermagem da USF

Objetivo Geral:	Informar sobre as recomendações atuais para o tratamento da diarreia e vómitos na criança e jovem em contexto comunitário
Objetivos Específicos:	- Relembrar conceitos e as principais causas de diarreia e vómitos em idade pediátrica; - Destacar a importância da avaliação do estado de desidratação da criança com diarreia e vómitos; - Identificar quais os sinais mais fiáveis para avaliar o estado de desidratação da criança com diarreia e vómitos; - Descrever as recomendações atuais para o tratamento da diarreia e vómitos em idade pediátrica: hidratação, nutrição e medicação de controlo de sintomatologia; - Sensibilizar para a importância da capacitação parental no cuidado à criança com diarreia e vómitos; - Refletir sobre a intervenção do EESIP no cuidado da criança com diarreia e vómitos e família; - Apresentar o folheto informativo “Diarreia e Vómitos: o que fazer?”.

	Conteúdos	Atividades	Metodologia	Avaliação	Recursos Didáticos	Tempo
Introdução	• Apresentação do tema • Comunicação dos objetivos da sessão • Verificação dos pré-requisitos.	Exposição do tema	Método expositivo	Avaliação Diagnóstica – Observação	Computador Power Point ®	2 min
Desenvolvimento	• Conceitos: diarreia e vômitos • Principais causas de diarreia e vômitos em idade pediátrica • Avaliação da desidratação • Recomendações para o tratamento da diarreia e vômitos • Intervenção do EESIP	Exposição dos conteúdos	Método expositivo e método ativo	Avaliação Formativa – Observação e Formulação de perguntas orais	Computador Power Point®	20 min
Conclusão	• Síntese dos conteúdos abordados • Conclusão e encerramento da sessão • Estímulo à discussão	Discussão de grupo	Método expositivo e método ativo	Avaliação Sumativa – Observação e aplicação de ficha de avaliação	Computador Power Point® e Folha de ficha de avaliação da sessão	3 min.

Intervenção do Enfermeiro junto da criança e família com diarreia e vômitos



Fonte: Google image



Google image

Docente Orientadora :
Maria de Fátima Graça
Frade

Enf.ª Orientadora :

Andreia Alexandra Carvalho Santos n.º 11581

1



Objetivos

Objetivo Geral:	Informar sobre as recomendações atuais para o tratamento da diarreia e vômitos na criança e jovem em contexto comunitário
Objetivos Específicos:	- Relembrar conceitos e as principais causas de diarreia e vômitos em idade pediátrica; - Destacar a importância da avaliação do estado de desidratação da criança com diarreia e vômitos; - Identificar quais os sinais mais fiáveis para avaliar o estado de desidratação da criança com diarreia e vômitos; - Descrever as recomendações atuais para o tratamento da diarreia e vômitos em idade pediátrica: hidratação, nutrição e medicação de controlo de sintomatologia; - Sensibilizar para a importância da capacitação parental no cuidado à criança com diarreia e vômitos; - Refletir sobre a intervenção do EESIP no cuidado da criança com diarreia e vômitos e família;

2

Definição



Google image



Vômitos

Alteração no volume e consistência das fezes: aumento do número de dejeções e/ou diminuição da consistência das fezes (moles ou líquidas) ;
(OMS, 2017; SNS24, 2023)

Pode ser classificada em:

Aguda (duração autolimitada < 14 dias);

Crónica (duração prolongada superior a quatro semanas).
(WONG)

Complicações desidratação, desequilíbrio hidroelectrolítico e desnutrição
(Lammert et al., 2022)

Expulsão de conteúdo do estômago através da boca, acompanhado da contração dos músculos do abdómen.
(Hospital da Luz, 2019)

Diferente de "bolçar";

Podem surgir petéquias na face;
(Santos & Rabaça, 2017)

Complicações desidratação, desequilíbrio hidroelectrolítico, desnutrição e síndrome de Mallory-Weiss (laceração na mucosa do esófago) .
(Lammert et al., 2022)

3

Diarreia e Vômitos

- ✓ A **diarreia aguda** é a principal causa de doença em crianças com menos de 5 anos (Lammert et al, 2022) e segundo a OMS (2017) é a segunda causa de morte e de desnutrição nas crianças desse grupo etário nos países em desenvolvimento
- ✓ Nos países desenvolvidos a mortalidade por **doença diarreica aguda** é rara, no entanto é uma das principais causas de procura de cuidados de saúde e hospitalizações, tendo um elevado impacto económico e de consumo de cuidados de saúde (Guarino et al., 2018)



Google image

- ✓ Os **vômitos** são um sintoma bastante frequente em idade pediátrica e uma das situações de preocupação dos pais e de procura de cuidados de saúde (Santos & Rabaça, 2017);

4

Fisiopatologia



Google image



Vômitos

A **diarreia aguda** pode ser explicada por dois mecanismos:

Osmótico: aumento da osmolaridade no lúmen intestinal devido a presença de substâncias que não são absorvidas, havendo um recrutamento de água;

Secretor: elevada secreção de sódio e cloro devido à presença de exotoxinas produzidas por agentes patogênicos (vírus, bactérias, parasitas) ou de mediadores da inflamação intestinal, levando a perda de água devido à sua passagem para o intestino.

(Brandt et al., 2015; Lammert et al., 2022)

Os **vômitos** podem ser **não biliosos** e **biliosos**.

Vômitos não biliosos causas: infecciosa, inflamatória, metabólica, endócrina, neurológica ou psicológica;

Vômitos biliosos alterações na motilidade ou obstrução distal (íleo paralítico, apendicite, hérnia inguinal estrangulada, atresia e estenose intestinal).

(Lammert et al., 2022)

5

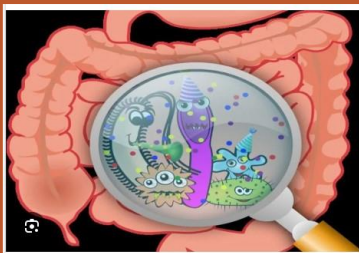
Etiologia



Google image



Vômitos



Google image

Intoxicação alimentar, intolerância alimentar, **gastroenterite** (viral, bacteriana ou protozoária), tratamento antibiótico ou consumo excessivo de alguns alimentos (ricos em fibras).
(SNS24, 2023)

(Lammert et al., 2022)

Gastroenterite (viral, bacteriana, protozoária), alergia alimentar, intolerância alimentar, intoxicação/envenenamento, refluxo gastroesofágico, apendicite, infecção urinária, otite, meningite, obstrução intestinal, estenose pilórica, cetoacidose diabética, cinetose, tosse intensa, cefaleias, traumatismo craniano.

(Lammert et al., 2022; Neto, 2014)

6



A **diarreia** e os **vômitos** na maioria dos casos são sintomas autolimitados e benignos, podendo ser tratados em casa. (Lammer et al., 2022)



Tratamento

Cinco pontos chave

- ✓ Avaliação da desidratação;
- ✓ Reidratação precoce com soros de hidratação oral;
- ✓ Evitar restrições alimentares;
- ✓ Limitar as investigações laboratoriais a situações específicas;
- ✓ Tratamento ativo da diarreia (probióticos).

(Guarino et al., 2018)

O principal objetivo do tratamento é evitar a **desidratação**

A **desidratação** um dos principais riscos para a saúde infantil.

Reflete a gravidade da doença
(Guarino et al., 2018)

Segundo a OMS (2005), o tratamento da **doença diarreica aguda** tem como objetivos prevenir/tratar a desidratação, prevenir a desnutrição e reduzir a duração e gravidade do episódio diarreico.

Google image

7



Google image

Tratamento

Tabela-Escala de desidratação clínica (adaptado de Freedman et al., 2012)

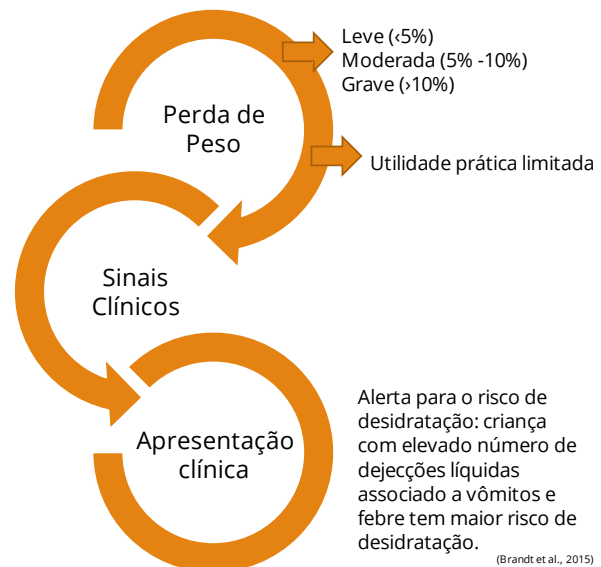
Características	0	1	2
Aparência geral	Normal	Com sede, inquieto ou letárgico, mas irritado quando nauseado	Sonolento, hipotônico, frio ou sudorético + + comatoso
Olhos	Normal	Levemente encovado	Muito encovado
Membranas mucosas (língua)	Úmida	Espessa	Seca
Lágrimas	Presente	Lágrima diminuída	Lágrima ausente

Score = 0, nenhuma desidratação; Score 1-4, alguma desidratação; Score 5-8, desidratação moderada à severa.

Avaliação da desidratação da criança com diarreia e/ou vômito

Aparência geral
Turgor da pele
Enchimento capilar
Freq. Cardíaca
Tensão Arterial
Padrão respiratório

Uso de escalas padronizadas.



(Brandt et al., 2015)

Tratamento



Soros de hidratação oral aumentam e promovem a reabsorção de sódio e água e vários estudos demonstraram que estas reduzem consideravelmente os vômitos, a perda de volume decorrente da diarreia, a duração da doença e a necessidade de terapia de reidratação venosa.



Google Image

Hidratação

- ✓ Deve ser iniciada o mais precocemente possível com soro de hidratação oral, água ou outros líquidos (leite materno, água de arroz, caldo de legumes);
- ✓ **Reidratação oral** 50ml-100ml/kg em 3-4 horas
- ✓ **Reposição das perdas** (peso perdido <10kg): administrar **50ml-100ml de solução de hidratação oral** nas crianças **até dois anos de idade** **100ml-200ml** nas crianças entre os **dois e os 10 anos** e **volumêtrico** a partir dos 10 anos.
- ✓ Administrar em pequena quantidade e em intervalos regulares (5ml de cinco em cinco minutos).
- ✓ Manter o aleitamento materno e alimentação com leites adaptados.
- ✓ Em caso de **vômitos**, **fazer pausa** no mínimo de **30 minutos** e voltar a **reidratação oral** durante 4-6 horas.
- ✓ A hidratação reduz os vômitos.

(Brandt et al., 2015; Guarino et al., 2018; OMS, 2005; WGO, 2012)

9

Tratamento



Google Image

Alimentação

- ✓ **Sem restrições alimentares;**
- ✓ Privilegiar **alimentos de fácil digestão** (zidos, grelhados, pouca gordura)
- ✓ **Pausa alimentar** se **desidratação leve a moderada** durante **4-6 horas** após início da **reidratação oral**
- ✓ Manter **amamentação** alimentação com **leite adaptado**
- ✓ **Restrição de lactose** pode ser considerada em crianças com diarreia prolongada (>7 dias) e o leite adaptado sem lactose deve ser recomendada em crianças com diarreia crônica (>14 dias);
- ✓ Se **anorexia** oferecer à criança alimentos ao seu gosto, em pequenas quantidades e com maior frequência, respeitando a vontade da criança;
- ✓ Passadas 24h sem vômitos aumentar a quantidade de comida e líquidos às refeições.

(Brandt et al., 2015; Guarino et al., 2018)

10

Tratamento



Analgésico e antipirético indicado para controlo da febre e dor abdominal



Antieméticos utilização restrita devido aos efeitos secundários

Vómitos persistentes – Toma única

Ondasetron: reduz o risco de desidratação e a necessidade de hospitalização. A utilização deste tipo de medicação não deve substituir a terapia de reidratação oral

Google image



Antidiarreicos (loperamida)

Antiespasmóticos (scopolamina)

Antifiséticos (metinone).

Medicação para controlo de sintomatologia

Probióticos reduzem as perdas fecais, duração do episódio diarreico e a necessidade de hospitalização.

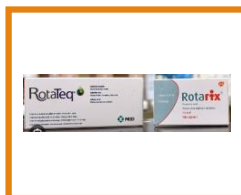
Antibióticos OMS recomenda o uso nos casos mais graves de doença diarreica aguda associado à shigella (ciprofloxacina, ceftriaxona) e na cólera (tetraciclina, eritromicina).

Antiparasitários indicado em doentes imunodeprimidos

(Brandt et al., 2015; Guarino et al., 2018)

11

Prevenção



Google image

Aleitamento materno exclusivo por seis meses e complementado até dois anos

Higienização frequente das mãos e a prática de uma boa **segurança alimentar** (conservação e preparação): importante estratégias para prevenir a doença diarreica aguda, assim como minimizar a sua propagação.

Vacinação contra o rotavírus: a sua cobertura universal tem sido importante para a redução das formas graves da doença e do número de hospitalizações associadas a esta, tendo reduzido o risco de morte pela mesma.

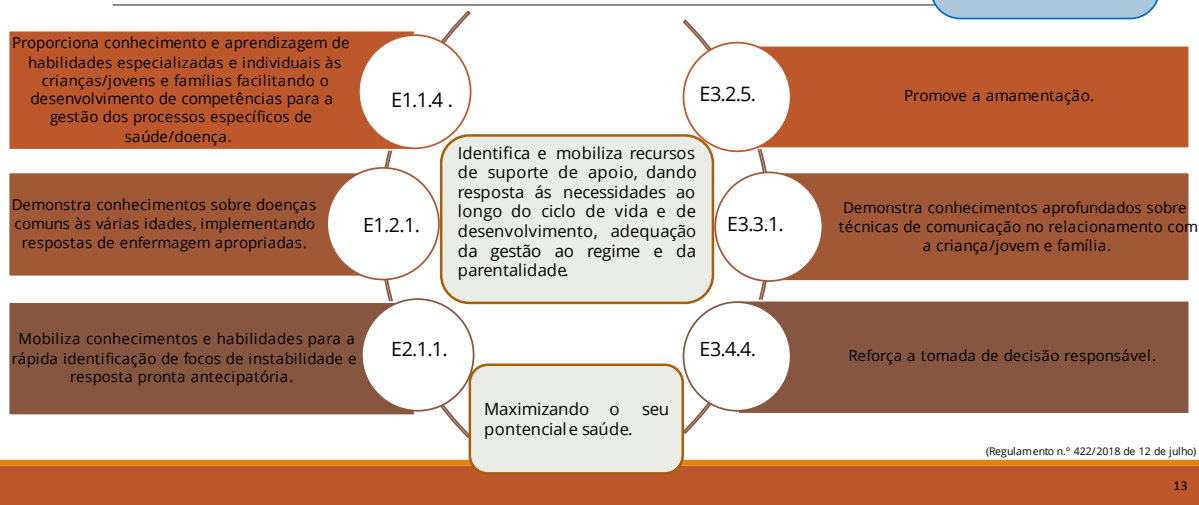
(Brandt et al., 2015; Guarino et al., 2018; Lammert et al., 2022)

12



Intervenção do EESIP

Avaliação da criança
Orientações aos pais
Encaminhamento



13



Intervenção do EESIP

Facilitador no processo de **transição**

Transição saudável traduzida pela mestria na gestão da doença, assumindo o seu papel

(Teoria das Transições, Meleis, 2010)

Empowerment

Capacitação Parental

- É fundamental aumentar os conhecimentos e capacidade de atuação dos pais enquanto principais cuidadores das crianças e jovens (PNSIJ, 2013), promovendo a literacia em saúde de forma a facilitar o *empowerment* dos pais (Ramos, 2020).

Estratégias promotoras da saúde, bem-estar e do autocuidado da criança, capazes de prevenir complicações associadas a situações de doença, facilitando a adaptação da criança e família nos processos de saúde-doença, e por consequência permitem melhorar a qualidade dos cuidados e aumentar a satisfação da criança e família pelos cuidados prestados.

(Ordem dos Enfermeiros, 2017)

Cuidados Centrados Família

- Planeamento, prestação e avaliação dos cuidados tendo em conta não só as necessidades das crianças mas também da família.
- Família como parceiros de cuidados implica respeito, negociação partilha de informação, colaboração e apoio.

(Cerqueira & Figueiredo, 2020)

Parceria de Cuidados

- Pais são considerados os melhores cuidadores e os que melhor conhecem a criança;
- Benefícios para a criança (segurança e protecção), família (segurança, sentimento de utilidade e confiança e enfermeiros (conhecimento da criança e manutenção da vigilância), na qual cada parceiro sai enriquecido de conhecimentos, experiências e perícia.

(Casey, 1993 citado por Monteiro & Cerqueira, 2020)

14

Como Fazer Água de Arroz?

Preparação

- Coze 40 g de farinha de arroz em 1 litro de água, mais 1 litro de água em 1 litro de leite, mais 1 litro de leite em 1 litro de água.
- Água de cozedura (fervida) mais 1 litro de água fervida.
- Fica com 3 litros de água de arroz e 4 litros de leite pastoso. 1 colher de café de óleo essencial de sassaaparila.

NÃO DIARI

- Lactação oculta
- Falta de lactação
- Lactação insuficiente
- Mãe com diabetes
- Mãe com hipertensão
- Mãe com problemas de saúde
- Mãe com problemas de saúde
- Mãe com problemas de saúde
- Mãe com problemas de saúde

✓ Importante que a criança comete o arroz II não grava o crescimento da criança, portanto não é uma indicação de restrição de leite materno.

✓ É normal que se inicie a dieta a criança apresente um número de evacuações.

Não dar medicamentos não essenciais por via oral, mesmo medicamentos para a diarreia e vômitos.

✓ Análise a criança: lavar as mãos com frequência e manter a criança em casa até 24 horas sem vômitos ou diarreia.

Importante

- ✓ Vigiar estado geral e comportamento.
- ✓ Em caso de dor de febre, náusea, vômitos, diarréia, sangue na urina, febre, desidratação, etc.

Diarréia e Vômitos

O que fazer?

✓ Diarreia inferior 2 meses

✓ Diarreia crônica de base

✓ Suspeita de infecção de origem ou autoimune

✓ Intolerância à lactação oral, vômitos de líquido ou vômitos persistentes

✓ Presença de sinais de alarme

Sinais de desidratação: olhos e língua secos, pele seca, letargia, olhos amarelados, não urina ou urina com sangue, não come, urina com cheiro de urina.

✓ Criança irritada, sonolenta e difícil de despertar

✓ Não que não, não se alimentando

✓ Dor abdominal intensa

✓ Sangue nos vômitos

✓ Vômitos e desidratação com sangue

✓ Desagradável de energia

✓ Agredimento de energia ou aparecimento de vômitos, urina ou urina (por exemplo, urina com sangue)

COMO TRATAR?

STOP

A criança pode beber líquidos. Evitar mais ou menos.

1. Após o vômito, deve-se fazer uma pausa alimentar no mínimo de 30 minutos.

2. Após os líquidos parados, se a criança oferecer líquidos ou soro de reidratação de forma fracionada, sem mais de 5 em 5 minutos.

3. Se a criança tolerar os líquidos (leite materno) pode se iniciar a dieta normal

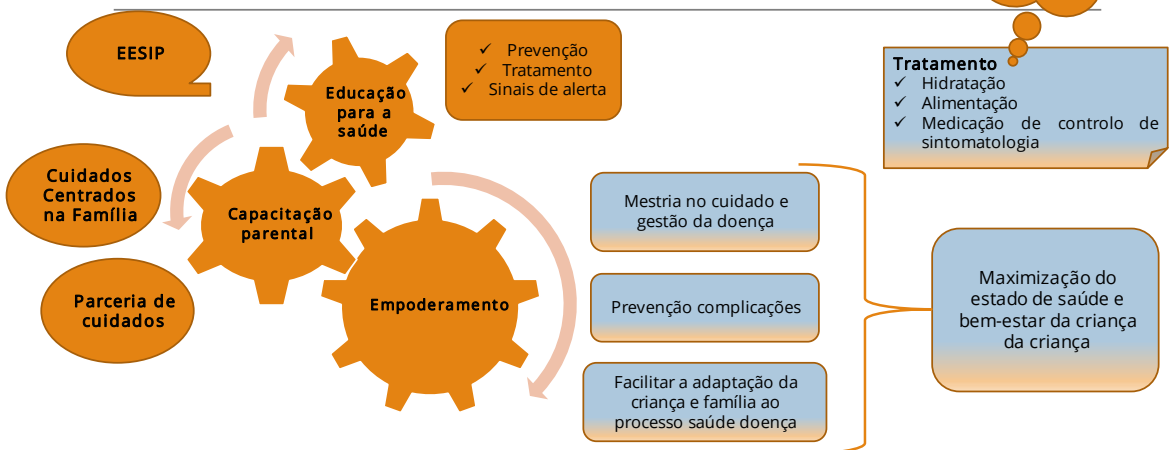
Crianças a leite materno não adaptado

- Manter o aleitamento materno em horário livre ou refrigerar a oferta.
- Em caso de vômitos: após a pausa de 30 minutos oferecer a mama só 1 a 2 minutos de cada vez.
- Diminuir a quantidade de leite adaptado e este poderá ser preparado com água de arroz.
- Entre as mamadas, oferecer líquidos (leite de reidratação, chá, soro fraco com muito pouco açúcar e água de arroz) que ela voluntariamente desce.
- Se não voltar a vomitar: aumentar progressivamente o tempo na mama e a quantidade de leite adaptado.

Crianças com alimentação diversa

- Hidratação como descrito anteriormente.
- Evitar bebidas energéticas, refrigerantes e bebidas muito doces.
- Passadas 24h da reidratação oral iniciar a ingestão de alimentos.
- Oferecer alimentos de preferência à criança e de fácil digestão (cozidos, gelatinados, reduzir as porções e sem sal).
- Pequenas quantidades e de forma mais frequente.
- Passadas 24h sem vômitos, retomar gradualmente a dieta habitual, aumentando progressivamente a quantidade de comida e líquidos às refeições.

Considerações Finais



Referências Bibliográficas



- Brandt, K., Antunes, M. & Silva, G. (2015). Acute diarrhea: evidence-based management. *Jornal de pediatria*, 91(6 Suppl 1), S36-S43. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2015.06.002>
- Carmo, L., Pereira, L., Silva, C., Cunha, A. & Quintaes, K. (2012). Concentração de sódio e glicose em soro de reidratação oral preparado por agentes comunitários de saúde. *Ciência & Saúde coletiva*, 17(2), 445-452. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000200017>
- Freedman, S., Keating, L., Rumatir, M. & Schuh, S. (2012). Health care provider and caregiver preferences regarding nasogastric and intravenous rehydration. *Pediatrics*, 130(6), e1504-e1511. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-1012>
- Guarino, A., Lo Vecchio, A., Dias, J. A., Berkley, J. A., Boey, C., Bruzzese, D., Cohen, M. B., Cruchet, S., Liguoro, I., Salazar-Lindo, E., Sandhu, B., Sherman, P. M., & Shimizu, T. (2018). Universal Recommendations for the Management of Acute Diarrhea in Nonmalnourished Children. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*, 67(5), 586-593. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002053>
- Health direct. (2021). *Vomiting in children*. <https://www.healthdirect.gov.au/vomiting-in-children>
- Hospital da Luz. (2019). *Vômitos nas crianças: quando se deve preocupar?* <https://www.hospitaldaluz.pt/pt/dicionario-de-saude/vomitos-criancas-preocupar>
- Lammert, D., Wilson, K. D. & Wilson, D. (2022). *The Child with problems related to the transfer of oxygen and nutrients: The child with Gastrointestinal Dysfunction*. In Hockenberry, M., Rodgers, C. & Wilson, D. (Eds.). *Wong's essentials of Pediatric Nursing* (11^a ed., p. 680-730). ELSEVIER

17

Referências Bibliográficas



- Neto, A. (2014). *Vômitos : como atuar*. Cuf. <https://www.cuf.pt/mais-saude/vomitos-como-atuar>
- Norma n.º 007/2021 da Direcção Geral da Saúde. (2021). Programa Nacional de Vacinação 2020: Vacinação contra gastroenterite por rotavírus de crianças pertencentes a grupos de risco <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072021-de-15102021-pdf.aspx>
- Organização Mundial da Saúde. (2005). *The treatment of diarrhea – A manual for physicians and other senior health workers* (4th rev). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43209>
- Organização Mundial da Saúde. (2017). *Doença Diarreica*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Diário da República, II Série (Nº 133 de 12-07-2018), 19192-19194. ELI: <https://files.dre.pt/2s/2018/07/133000000/1919219194.pdf>
- Santos, G. & Rabaça, C. (2018). *Como lidar com os vômitos na criança*. Metis. http://metis.med.up.pt/index.php/Como_lidar_com_os_v%C3%B3mitos_na_crian%C3%A7a
- Serviço Nacional de Saúde (2023). *Diarreia*. SNS 24 <https://www.sns24.gov.pt/tema/sintomas/diarreia/>

18

Obrigada pela atenção!



Ficha de Avaliação da Sessão de Formação

“Intervenção do Enfermeiro junto da criança e família junto com diarreia e vómitos”

1. Identificação do formando

Idade: _____

Sexo: M F

Grau académico: _____

Tempo de exercício profissional: _____

Tempo de exercício profissional em pediatria: _____

Tempo de exercício profissional na USF: _____

Na sua avaliação utilize a seguinte escala

1	2	3	4
Insuficiente	Suficiente	Bom	Excelente

Obrigada pela sua colaboração

2. Conhecimentos iniciais sobre o tema

3. Pertinência do tema

4. Conteúdos da sessão

5. Domínio da temática pelo formador

6. Duração da sessão

7. Metodologia utilizada

8. Meios audiovisuais utilizados

1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4

Sugestões/Observações: (Aspetos considerados mais importantes e a desenvolver com maior profundidade ou a incluir em ações deste tipo; aspetos melhor conseguidos e aspetos a melhorar)

_____ Data: ____ / ____ / ____

4. AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Por motivo de reunião urgente da equipa multidisciplinar da USF não foi possível realizar a sessão de formação como estava previsto. No entanto, foi solicitado que deixasse todo o trabalho elaborado para que a equipa de enfermagem pudesse ler posteriormente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brandt, K., Antunes, M. & Silva, G. (2015). Acute diarrhea: evidence-based management. *Jornal de pediatria*, 91(6 Suppl 1), S36–S43. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2015.06.002>
- Carmo, L., Pereira, L., Silva, C., Cunha, A. & Quintaes, K.. (2012). Concentração de sódio e glicose em soro de reidratação oral preparado por agentes comunitários de saúde. *Ciência & Saúde coletiva*, 17(2), 445-452 <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000200017>
- Freedman, S., Keating, L., Rumatir, M. & Schuh, S. (2012). Health care provider and caregiver preferences regarding nasogastric and intravenous rehydration. *Pediatrics*, 130(6), e1504–e1511. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-1012>
- Guarino, A., Lo Vecchio, A., Dias, J. A., Berkley, J. A., Boey, C., Bruzzese, D., Cohen, M. B., Cruchet, S., Liguoro, I., Salazar-Lindo, E., Sandhu, B., Sherman, P. M., & Shimizu, T. (2018). Universal Recommendations for the Management of Acute Diarrhea in Nonmalnourished Children. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*, 67(5), 586–593. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002053>
- Health direct. (2021). *Vomiting in children*. <https://www.healthdirect.gov.au/vomiting-in-children>
- Hospital da Luz. (2019). *Vômitos nas crianças: quando se deve preocupar?* <https://www.hospitaldaluz.pt/pt/dicionario-de-saude/vomitos-criancas-preocupar>
- Lammert, D., Wilson, K. D. & Wilson D. (2022). *The Child with problems related to the transfer of oxygen and nutrients: The child with Gastrointestinal Dysfunction*. In Hockenberry, M., Rodgers, C. & Wilson, D. (Eds.). *Wong's essentials of Pediatric Nursing* (11^a ed., p. 680-730). ELSEVIER
- Neto, A. (2014). *Vômitos: como atuar*. Cuf. <https://www.cuf.pt/mais-saude/vomitos-como-atuar>
- Norma n.º 007/2021 da Direcção Geral da Saúde. (2021). *Programa Nacional de Vacinação 2020: Vacinação contra gastroenterite por rotavírus de crianças pertencentes a grupos de risco* <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072021-de-15102021-pdf.aspx>

- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf
- Organização Mundial da Saúde. (2005). *The treatment of diarrhea – A manual for physicians and other senior health workers* (4th rev). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43209>
- Organização Mundial da Saúde. (2017). *Doença Diarreica*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, II Série (Nº 133 de 12-07-2018), 19192-19194. ELI: <https://files.dre.pt/2s/2018/07/133000000/1919219194.pdf>
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, II Série (Nº 26 06-02-2019), 4744-4750. ELI: <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Santos, G. & Rabaça, C. (2018). *Como lidar com os vómitos na criança*. Metis. http://metis.med.up.pt/index.php/Como_lidar_com_os_v%C3%B3mitos_na_crian%C3%A7a
- Serviço Nacional de Saúde- (2023). *Diarreia*. SNS 24 <https://www.sns24.gov.pt/tema/sintomas/diarreia/>
- Szajewska, H., Guarino, A., Hojsak, I., Indrio, F., Kolacek, S., Orel, R., Salvatore, S., Shamir, R., van Goudoever, J., Vandenplas, Y., Weizman, Z. & Zalewski, B. (2020). Use of Probiotics for the Management of Acute Gastroenteritis in Children: An Update. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 71(2), 261-269 <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002751>
- World Gastroenterology Organisation. (2012). *Diarreia aguda em adultos e crianças: uma perspectiva mundial* <https://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/acute-diarrhea-portuguese-2012.pdf>

World Gastroenterology Organisation. (2017). *Probióticos e Prebióticos*.
<https://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/probiotics-and-prebiotics-portuguese-2017.pdf>

APÊNDICES

Apêndice I

Norma - Procedimento sobre abordagem da criança com doença diarreica aguda

 REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE		 SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE	
NORMA DE SERVIÇO	Abordagem da criança com diarreia aguda		
De:			
Para:			
Destinatários:	Enfermeiros em contexto de prestação de cuidados direta aos utentes		
Assunto:	Norma - Procedimento sobre abordagem da criança com doença diarreica aguda		

ÂMBITO:

A diarreia aguda é a principal causa de doença em crianças com menos de 5 anos, que leva à procura de cuidados de saúde e hospitalizações, tendo um elevado impacto económico e de consumo de cuidados de saúde. Cada criança com menos de 5 anos de idade tem em média três episódios por ano de diarreia aguda (Guarino et al., 2018; Lammert et al., 2022; OMS, 2017; WGO, 2012).

Segundo a OMS (2005), o tratamento da doença diarreica aguda tem como objetivos: prevenir/tratar a desidratação, prevenir a desnutrição e reduzir a duração e gravidade do episódio diarreico. Deste modo, as recomendações atuais sobre o tratamento da doença diarreica aguda na criança apontam a hidratação e a nutrição como sendo as intervenções com melhor impacto sobre o curso da doença (Brandt et al., 2015; Guarino et al., 2018).

Tendo em conta que a maioria dos casos de diarreia aguda a criança pode ser tratada em casa a intervenção do enfermeiro passará por fornecer informação ao cuidador sobre os cuidados a ter com a hidratação e alimentação da criança, medicação para controlo de sintomas, assim como sobre os sinais de alerta que poderão indicar agravamento da doença e em que situações se deve recorrer à urgência.

Esta informação poderá ser transmitida na fase de doença mas também durante as consultas de vigilância de saúde como **cuidado antecipatório** de forma a capacitar os pais no cuidado da criança com diarreia, aumentando o seu conhecimento e a sua capacidade de acção perante estas situações. O **empoderamento parental** é uma estratégia promotora da saúde, bem-estar e do autocuidado da criança, capazes de prevenir complicações associadas a situações de doença, facilitando a adaptação da criança e família nos processos de saúde-doença, e por consequência permitem melhorar a qualidade dos cuidados e aumentar a satisfação da criança e família pelos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2017). Assim, a **capacitação parental** no cuidado da criança com diarreia aguda poderá prevenir a desidratação e evitar a necessidade de hospitalização, para além de reduzir o

stress e ansiedade parental associado à doença do filho.

OBJETIVOS:

- Padronizar as recomendações da equipa de enfermagem para o cuidado da criança com doença diarreica aguda.
- Uniformizar a intervenção da equipa de enfermagem perante uma criança com diarreia, visando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.
- Prevenir complicações associadas à doença diarreica aguda através da capacitação parental no cuidado da criança com diarreia aguda.

SIGLAS E ABREVIATURAS

OMS – Organização Mundial da Saúde

WGO – World Gastroenterology Organisation

SNS24 – Serviço Nacional de Saúde 24

DEFINIÇÕES:

A diarreia consiste numa alteração no volume e consistência das fezes em relação ao padrão intestinal de cada pessoa, estando associada a um aumento do número de defeções e/ou diminuição da consistência das fezes (moles ou líquidas) (OMS, 2017; SNS24, 2023); podendo ser classificado como aguda (duração autolimitada a <14 dias) e crónica (duração prolongada superior a quatro semanas) (Lammert et al., 2022).

A principal consequência da doença diarreica aguda na criança é a desidratação. Esta reflete a gravidade da doença, aumentando o seu risco quando a criança apresenta vómitos e febre. Assim, a hidratação é a chave do sucesso do tratamento da doença diarreica aguda e a avaliação da desidratação deverá ser a principal preocupação no cuidado destas crianças uma vez que permitirá escolher qual o método mais adequado de reidratação (Brandt et al., 2015).

Deste modo, a doença diarreica aguda pode ser classificada como leve quando não se observam sinais de desidratação; moderada quando há sinais de desidratação leves ou moderados e é possível realizar reidratação por via oral; e grave com apresentação de sinais de desidratação mais intensa que poderá estar associada ou não a desequilíbrios electrolíticos e que requer terapia de reidratação venosa (Brandt et al., 2015).

CONTEÚDO:

Fisiopatologia

A diarreia aguda pode ser explicada por dois mecanismos: o osmótico, que caracteriza-se pelo aumento da

osmoralidade no lúmen intestinal devido a presença de substâncias que não são absorvidas havendo um recrutamento de água sendo este o mecanismo presente nas situações de intolerância à lactose, crescimento excessivo de bactérias, utilização de laxantes e efeito secundário de alguns medicamentos (p.e. antibióticos); e o secretor, que resulta da secreção intestinal elevada de sódio e cloro devido à presença de exotoxinas produzidas por agentes patogênicos (vírus, bactérias, parasitas) ou de mediadores da inflamação intestinal levando a perda de água devido à sua passagem para o intestino (Brandt et al., 2015; Lammert et al., 2022).

A estes mecanismos poderá estar associada alteração na motilidade e absorção intestinal secundária à lesão ou inflamação do mesmo (Brandt et al., 2015).

Etiologia

As causas mais frequentes da doença diarreica aguda são: intoxicação alimentar, intolerância alimentar, gastroenterite (viral, bacteriana ou protozoária), tratamento antibiótico ou consumo excessivo de alguns alimentos (ricos em fibras) (Serviço Nacional de Saúde 24 [SNS24], 2023).

Nas crianças a principal causa é a gastroenterite aguda sendo o principal agente o rotavírus. A gastroenterite por rotavírus é mais grave nas crianças dos 3-24 meses, sendo que até aos 3 meses a criança está protegida pelos anticorpos adquiridos da mãe (Lammert et al., 2022).

No entanto, é necessário fazer um diagnóstico diferencial, uma vez que nas crianças são várias as patologias que podem provocar diarreia aguda: pneumonia, otite média, infecção urinária, sépsis bacteriana e meningite (World Gastroenterology Organisation [WGO], 2012).

Prevenção

- O aleitamento materno exclusivo por seis meses e complementado até dois anos (Brandt et al., 2015; Guarino et al., 2018; Lammert et al., 2022; OMS, 2017);
- A higienização frequente das mãos e a prática de uma boa segurança alimentar (conservação e preparação) essenciais também para minimizar a sua propagação (Brandt et al., 2015; Guarino et al., 2018; Lammert et al., 2022; OMS, 2017);
- A vacinação contra o rotavírus e a sua cobertura universal tem sido importante para a redução das formas graves da doença e do número de hospitalizações (Brandt et al., 2015; Guarino et al., 2018; Lammert et al., 2022).

Cuidados de Enfermagem

Avaliação do estado clínico da criança para decidir o encaminhamento mais adequado à situação.

1) Avaliar o estado de desidratação da criança

1.1) Peso da criança: de acordo com a perda de peso a desidratação é classificada de leve (<5%),

moderada (5%-10%) e grave (>10%). No entanto, este parâmetro tem uma utilidade prática limitada relacionado com a dificuldade em obter a informação sobre o peso da criança (Brandt et al., 2015).

1.2) Sinais e sintomas: aparência geral da criança, enchimento capilar, turgor da pele, frequência cardíaca, a tensão arterial e o padrão respiratório.

1.3) Escalas padronizadas: têm sido consideradas úteis na gestão da doença nas crianças. A **escala de desidratação clínica** (Tabela 1) já foi validada em vários estudos, sendo considerada um instrumento confiável para avaliar o grau desidratação em crianças (1-36 meses) bem nutridas, uma vez que a confiabilidade dos sinais avaliados na escala pode estar reduzida em crianças desnutridas.

Tabela 1 – Escala de desidratação clínica

Características	0	1	2
Aparência geral	Normal	Com sede, inquieta ou letárgica, mas irritada quando nauseada	Sonolenta, hipotônica, fria ou sudorética + - comatosa
Olhos	Normal	Levemente encovado	Muito encovado
Membranas mucosas (língua)	Úmida	Espessa	Seca
Lágrimas	Presente	Lágrima diminuída	Lágrima ausente

Escore = 0, nenhuma desidratação; Escore 1-4, alguma desidratação; Escore 5-8, desidratação moderada à severa.

Fonte: Adaptado de Freedman et al., 2012

2) Identificar causas prováveis: através da história da doença e antecedentes pessoais (tabela 2).

Tabela 2 – Avaliação de causas prováveis da doença

Histórico do paciente
• Forma de início, frequência das fezes, tipo e volume • Presença de sangue • Vômitos • Medicamentos recebidos • Antecedentes médicos • Condições de base • Indícios epidemiológicos

Fonte: Adaptado de WGO, 2012

3) Orientações aos cuidadores

3.1) Hidratação

✓ **Reidratação Oral:** é recomendado administrar 50ml-100ml/kg em 3-4 horas de **solução de hidratação oral**.

Em substituição das soluções de hidratação oral: **água, leite materno, água de arroz e caldo de legumes.**

✓ **Reposição das perdas:** quando **perda peso <10 kg** administrar **solução de hidratação oral, água ou outros líquidos** por cada dejeção diarreica (Tabela 3);

Tabela 3 – Reposição das perdas

Crianças até 2 anos	20-100 ml
Crianças dos 2-10 anos	100-200 ml
Crianças > 10 anos	Volume livre

Fonte: OMS, 2005; WGO, 2012

✓ Em caso de **vômitos**, fazer uma pausa alimentar no mínimo de 30 minutos para voltar a iniciar reidratação (Brandt et al., 2015; Guarino et al., 2018); e administrar os líquidos em pequena quantidade em intervalos regulares (5ml de cinco em cinco minutos) (OMS, 2005; WGO, 2012).

3.2) Alimentação

✓ **Sem restrições alimentares** (Brandt et al., 2015; Guarino et al., 2018; OMS, 2005; WGO, 2012);

✓ Previlgiar **alimentos de fácil digestão** (cozidos, grelhados, pouca gordura) (Brandt et al., 2015; Guarino et al., 2018);

✓ **Pausa alimentar** durante **quatro a seis horas após início da reidratação**, se desidratação leve a moderada (Brandt et al., 2015; Guarino et al., 2018);

✓ Manter a **amamentação e alimentação com leites adaptados** (Brandt et al., 2015; Guarino et al., 2018);

✓ **Restrição de lactose** pode ser considerada em crianças com diarreia prolongada (>7 dias) e o **leite adaptado sem lactose** deve ser recomendada em crianças com diarreia crônica (>14 dias) (Brandt et al., 2015; Guarino et al., 2018);

✓ Se **anorexia**: oferecer à criança alimentos ao seu gosto, em **pequenas quantidades** e com **maior frequência**, respeitando a vontade da criança (Brandt et al., 2015).

3.3) Medicação para controlo de sintomas

✓ A febre e a dor abdominal poderão estar presentes na doença diarreica aguda. Estes sintomas podem ser controlados através administração **anti-pirético e analgésico** (Paracetamol – 15mg/kg) (Brandt et al., 2015).

Quando Referenciar para Serviço de Urgência

✓ Idade inferior a 3 meses; Doença crónica de base; Suspeita de ingestão de alimento ou substância tóxica; Intolerância à hidratação oral, recusa de líquidos ou vômitos persistentes;

✓ **Presença de sinais de alarme:**

- Sinais de desidratação moderada: lábios e língua seca, choro sem lágrimas, olhos encovados/olheiras; fontanela deprimida, não urina ou urina escura, não enche uma fralda em 6h;
- Prostração;
- Febre que não cede ao paracetamol;
- Dor abdominal intensa, persistente;
- Sangue nas fezes;
- Vômitos biliosos (verdes) ou com sangue;
- Duração prolongada da doença (>14 dias);
- Agravamento da doença ou aparecimento de novos sinais ou sintomas (por exemplo, manchas na pele).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Brandt, K., Antunes, M. & Silva, G. (2015). Acute diarrhea: evidence-based management. *Jornal de pediatria*, 91(6 Supl 1), S36–S43. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2015.06.002>

Freedman, S., Keating, L., Rumatir, M. & Schuh, S. (2012). Health care provider and caregiver preferences regarding nasogastric and intravenous rehydration. *Pediatrics*, 130(6), e1504–e1511. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-1012>

Guarino, A., Lo Vecchio, A., Dias, J. A., Berkley, J. A., Boey, C., Bruzzese, D., Cohen, M. B., Cruchet, S., Liguoro, I., Salazar-Lindo, E., Sandhu, B., Sherman, P. M., & Shimizu, T. (2018). Universal Recommendations for the Management of Acute Diarrhea in Nonmalnourished Children. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*, 67(5), 586–593. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002053>

Lammert, D., Wilson, K. D. & Wilson D. (2022). The Child with problems related to the transfer of oxygen and nutrients: The child with Gastrointestinal Dysfunction. In Hockenberry, M., Rodgeres, C. & Wilson, D. (Eds.). *Wong's essentials of Pediatric Nursing* (11ª ed., p. 680-730). ELSEVIER

Norma n.º 007/2021 da Direcção Geral da Saúde. (2021). Programa Nacional de Vacinação 2020: Vacinação contra gastroenterite por rotavírus de crianças pertencentes a grupos de risco. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072021-de-15102021-pdf.aspx>

Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf

Organização Mundial da Saúde. (2005). The treatment of diarrhea – A manual for physicians and other senior health workers (4th rev). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43209>

Organização Mundial da Saúde. (2017). Doença Diarreica. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>

Santos, G. & Rabaça, C. (2018). Como lidar com os vómitos na criança. Metis. http://metis.med.up.pt/index.php/Como_lidar_com_os_v%C3%B3mitos_na_crian%C3%A7a

Serviço Nacional de Saúde- (2023). Diarreia. SNS 24 <https://www.sns24.gov.pt/tema/sintomas/diarreia/>

Szajewska, H., Guarino, A., Hojsak, I., Indrio, F., Kolacek, S., Orel, R., Salvatore, S., Shamir, R., van Goudoever, J., Vandenplas, Y.; Weizman, Z. & Zalewski, B. (2020). Use of Probiotics for the Management of Acute Gastroenteritis in Children: An Update. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, 71(2), 261-269 <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002751>

World Gastroenterology Organisation. (2012). Diarreia aguda em adultos e crianças: uma perspectiva mundial <https://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/acute-diarrhea-portuguese-2012.pdf>

World Gastroenterology Organisation. (2017). Probióticos e Prebióticos. <https://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/probiotics-and-prebiotics-portuguese-2017.pdf>

Elaborado por: Enfermeira Andreia Santos, aluna 1.º Curso MEESIP 	Revisto por: Conselho técnico USF 	Aprovado por: Equipa multiprofissional
--	--	---

Apêndice II

Norma - Procedimento sobre abordagem da criança com vômitos

NORMA DE SERVIÇO	Abordagem da criança com vômitos	
De:		
Para:		
Destinatários:	Enfermeiros em contexto de prestação de cuidados direta aos utentes	
Assunto:	Norma - Procedimento sobre a abordagem da criança com vômitos	

ÂMBITO:

Os vômitos são um sintoma bastante frequente em idade pediátrica e uma das situações de preocupação dos pais e de procura de cuidados de saúde (Santos & Rabaça, 2017).

Na maioria dos casos, os vômitos na criança são um sintoma autolimitado, que não requer um tratamento específico, podendo ser tratado em casa e a intervenção do enfermeiro passará por fornecer informação ao cuidador sobre os cuidados a ter com a hidratação e alimentação da criança, medicação para controlo de sintomas, assim como sobre os sinais de alerta que poderão indicar agravamento da doença e em que situações se deve recorrer à urgência.

Esta informação poderá ser transmitida na fase de doença mas também durante as consultas de vigilância de saúde como **cuidado antecipatório** de forma a capacitar os pais no cuidado da criança com vômitos, aumentando o seu conhecimento e a sua capacidade de acção perante estas situações. O **empoderamento parental** é uma estratégia promotora da saúde, bem-estar e do autocuidado da criança, capazes de prevenir complicações associadas a situações de doença, facilitando a adaptação da criança e família nos processos de saúde-doença, e por consequência permitem melhorar a qualidade dos cuidados e aumentar a satisfação da criança e família pelos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2017). Assim, a **capacitação parental** no cuidado da criança com vômitos poderá prevenir a desidratação e evitar a necessidade de hospitalização, para além de reduzir o stress e ansiedade parental associado à doença do filho.

OBJETIVOS:

- Padronizar as recomendações da equipa de enfermagem para o cuidado da criança com vômitos.
- Uniformizar a intervenção da equipa enfermagem perante uma criança com vômitos, visando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

- Prevenir complicações associadas aos vômitos através da capacitação parental no cuidado da criança com vômitos.

DEFINIÇÕES:

O vômito consiste na expulsão de conteúdo do estômago através da boca, acompanhado da contração dos músculos do abdômen, muitas vezes seguido de choro (Hospital da Luz, 2019).

Nos lactentes é importante distinguir do “bolçar”, no qual o conteúdo escorre pela boca, não é acompanhado de choro ou contração dos músculos abdominais (Lammert et al., 2022).

Os vômitos poderão provocar desidratação, desequilíbrio hidroelectrolítico, desnutrição e síndrome de Mallory-Weys (laceração na mucosa do esôfago) (Lammert et al., 2022).

CONTEÚDO:

Fisiopatologia

Os vômitos podem ser divididos em duas categorias: não biliosos e biliosos (Lammert et al., 2022), podendo ser acompanhados de dor abdominal, diarreia ou febre (Santos & Rabaça, 2018)

Esta classificação está relacionada com a causa dos vômitos. Os vômitos não biliosos estão associados a causas infecciosa, inflamatória, metabólica, endócrina, neurológica ou psicológica; enquanto os vômitos biliosos estão associados a alterações na motilidade ou obstrução distal (íleo paralítico, apendicite, hérnia inguinal estrangulada, atresia e estenose intestinal) (Lammert et al., 2022).

Etiologia

As causas mais frequentes de vômitos em idade pediátrica são: gastroenterite (viral, bacteriana, protozoária), alergia alimentar, intolerância alimentar, intoxicação/envenenamento, refluxo gastroesofágico, apendicite, infecção urinária, otite, meningite, obstrução intestinal, estenose pilórica, cetoacidose diabética, cinetose, tosse intensa, cefaleias, traumatismo craniano (Neto, 2014).

Algumas causas dos vômitos necessitam de hospitalização e são consideradas emergências médicas: envenenamento, apendicite, obstrução intestinal, meningite e cetoacidose diabética. Nestas situações, as crianças necessitam de vigilância e monitorização dos sinais e sintomas. Nos casos de obstrução intestinal e apendicite a criança é submetida a cirurgia emergente (healt direct, 2021).

Cuidados de Enfermagem

Avaliação do estado clínico da criança para decidir o encaminhamento mais adequado à situação.

1) Avaliar o estado de desidratação da criança

1.1) Peso da criança: de acordo com a perda de peso a desidratação é classificada de leve (<5%),

moderada (5%-10%) e grave (>10%). No entanto, este parâmetro tem uma utilidade prática limitada relacionado com a dificuldade em obter a informação sobre o peso da criança (Brandt et al., 2015).

1.2) Sinais e sintomas: aparência geral da criança, enchimento capilar, turgor da pele, frequência cardíaca, a tensão arterial e o padrão respiratório. Em algumas crianças podem surgir petéquias na face devido ao esforço feito para vomitar, não sendo motivo de preocupação desde que não surjam noutra local do corpo (Santos & Rabaça, 2018)

1.3) Escalas padronizadas: têm sido consideradas úteis na gestão da doença nas crianças. A **escala de desidratação clínica** (Tabela 1) já foi validada em vários estudos, sendo considerada um instrumento confiável para avaliar o grau desidratação em crianças (1-36 meses) bem nutridas, uma vez que a confiabilidade dos sinais avaliados na escala pode estar reduzida em crianças desnutridas.

Tabela 1 – Escala de desidratação clínica

Características	0	1	2
Aparência geral	Normal	Com sede, inquieta ou letárgica, mas irritada quando nauseada	Sonolenta, hipotônica, fria ou sudorética + - comatosa
Olhos	Normal	Levemente encovado	Muito encovado
Membranas mucosas (língua)	Úmida	Espessa	Seca
Lágrimas	Presente	Lágrima diminuída	Lágrima ausente

Escore = 0, nenhuma desidratação; Escore 1-4, alguma desidratação; Escore 5-8, desidratação moderada à severa.

Fonte: Adaptado de Freedman et al., 2012

2) Identificar causas prováveis: através da história da doença e antecedentes pessoais.

3) Orientações para os cuidadores

3.1) Hidratação

✓ **Reidratação oral e Reposição das perdas** deve ser iniciada o mais rapidamente possível, devendo ser realizada da mesma forma que no tratamento da diarreia (ver **Norma de Procedimento Tratamento da doença diarreica aguda na criança**);

✓ Após o vômito deve-se fazer uma **pausa** de pelo menos 30 minutos para reiniciar a hidratação oral (Santos & Rabaça, 2018), e administrar os líquidos em pequena quantidade em intervalos regulares (5ml de cinco em cinco

minutos) (OMS, 2005; WGO, 2012).

3.2) Alimentação

- ✓ A alimentação deverá ser iniciada logo que a criança tolere a hidratação oral (**quatro a seis horas**);
- ✓ Sem **restrições alimentares**, previligiando **alimentos de fácil digestão** (cozidos, grelhados, pouca gordura) e de acordo com as preferências da criança, em pequenas quantidades e com maior frequência (Neto, 2014; Santos & Rabaça, 2018);
- ✓ Manter o **aleitamento materno** e alimentação com **leite adaptado** (Neto, 2014; Santos & Rabaça, 2018);
- ✓ Passadas 24 horas sem vômitos a quantidade de líquidos e de alimentação deverá ser aumentada progressivamente (Neto, 2014; Santos & Rabaça, 2018).

3.3) Repouso

- ✓ Importante que a criança descanse e faça sesta (Neto, 2014).

3.4) Medicação para controlo de sintomas

- ✓ A febre e a dor abdominal poderão estar presentes. Estes sintomas podem ser controlados através administração **anti-pirético** e **analgésico** (Paracetamol – 15mg/kg).

Quando Referenciar para Serviço de Urgência

- ✓ Idade inferior a 3 meses; Doença crónica de base; Suspeita de ingestão de alimento ou substância tóxica; Intolerância à hidratação oral, recusa de líquidos ou vômitos persistentes;
- ✓ **Presença de sinais de alarme:**
 - Sinais de desidratação moderada: lábios e língua seca, choro sem lágrimas, olhos encovados/olheiras; fontanela deprimida, não urina ou urina escura, não enche uma fralda em 6h;
 - Prostração;
 - Febre que não cede ao paracetamol;
 - Dor abdominal intensa, intensa;
 - Sangue nas fezes;
 - Vômitos biliosos (verdes) ou com sangue;
 - Duração prolongada da doença (>14 dias);
 - Agravamento da doença ou aparecimento de novos sinais ou sintomas (por exemplo, manchas na pele).

REFERÊNCIAS

Brandt, K., Antunes, M. & Silva, G. (2015). Acute diarrhea: evidence-based management. *Jornal de pediatria*, 91(6

Suppl 1), S36–S43. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2015.06.002>

Health direct. (2021). Vomiting in children. <https://www.healthdirect.gov.au/vomiting-in-children>

Hospital da Luz. (2019). Vômitos nas crianças: quando se deve preocupar? <https://www.hospitaldaluz.pt/pt/dicionario-de-saude/vomitos-criancas-preocupar>

Lammert, D., Wilson, K. D. & Wilson D. (2022). The Child with problems related to the transfer of oxygen and nutrients: The child with Gastrointestinal Dysfunction. In Hockenberry, M., Rodgers, C. & Wilson, D. (Eds.). Wong's essentials of Pediatric Nursing (11ª ed., p. 680-730). ELSEVIER

Neto, A. (2014). Vômitos: como atuar. Cuf. <https://www.cuf.pt/mais-saude/vomitos-como-atuar>

Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf

Santos, G. & Rabaça, C. (2018). Como lidar com os vômitos na criança. Metis. http://metis.med.up.pt/index.php/Como_lidar_com_os_v%C3%B3mitos_na_crian%C3%A7a

Elaborado por: Enfermeira Andreia Santos, aluna 1.ª Curso MEESIP 	Revisto por: Conselho técnico USF 	Aprovado por: Equipa multiprofissional
--	--	---

Apêndice VI

Análise crítica e reflexiva sobre uma intervenção de enfermagem especializada

**1.º Curso de Mestrado e Especialidade em Saúde Infantil e
Pediátrica**

Estágio 2022/2023

**Apreciação da criança em Consulta de Desenvolvimento
Infantil – Análise Crítica e reflexiva**

Andreia Alexandra Carvalho Santos, n.º 11581


**Lisboa
julho 2023**

**1.º Curso de Mestrado e Especialidade em Saúde Infantil e
Pediátrica**

Estágio 2022/2023

**Apreciação da criança em Consulta de Desenvolvimento –
Análise Crítica e reflexiva**

Andreia Alexandra Carvalho Santos, nº 11581

Professora Orientadora:
Prof.^a Dr.^a Maria Fátima Frade

Enfermeira Orientadora:




Lisboa

julho 2023

ÍNDICE

NOTA INTRODUTÓRIA	4
1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	5
1.1 Epidemiologia	5
1.2 Impacto da prematuridade na saúde e desenvolvimento	5
1.3 Promoção do desenvolvimento da criança prematura (<32 semanas) ou com MBPN.....	7
1.4 Sinais de alarme no desenvolvimento do prematuros.....	9
2. HISTÓRIA CLÍNICA.....	13
2.1 História do internamento	13
3. APRECIÇÃO DA CRIANÇA NA CONSULTA DE DESENVOLVIMENTO (13/7/2023)	14
3.1 Observação física	15
3.2 Medidas antropométricas.....	15
3.3 Avaliação do desenvolvimento psicomotor	15
4. INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA (EESIP)	17
4.1 Análise e interpretação dos dados	18
4.2 Diagnósticos de Enfermagem (CIPE®, versão de 2019-2020).....	22
4.3 Intervenções de enfermagem promotoras do desenvolvimento infantil.....	22
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28

NOTA INTRODUTÓRIA

O presente trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio, do 1.º Curso de Mestrado e Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, leccionada na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) e desenvolvido em consulta de desenvolvimento Infantil.

O estudo de caso é uma metodologia frequentemente utilizada na formação em enfermagem que favorece o crescimento e desenvolvimento dos estudantes e profissionais através do aprofundamento de determinado assunto, visando a sua compreensão, explorando e descrevendo aspetos relacionados com a prática, sendo promotora de uma prática reflexiva e baseada na melhor evidência. Envolve diferentes etapas: recolha de informação, análise e interpretação de informação e discussão dos resultados (Figueiredo & Amendoeira, 2018).

Deste modo, para a elaboração deste trabalho foi selecionado um caso de uma criança prematura, trigêmeo, que nasceu com muito baixo peso e por esse motivo é seguida em consulta de enfermagem de neonatologia/follow-up, tendo como objetivo fazer uma análise crítica e reflexiva sobre uma intervenção de enfermagem especializada, tendo sido escolhida a apreciação da criança prematura na consulta de desenvolvimento, uma vez que esta vai de encontro com os objetivos definidos para o desenvolvimento e aquisição das competências de Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) durante o percurso formativo (estágio).

Este trabalho está organizado segundo as normas de elaboração de trabalhos escritos da ESEL, seguindo as normas da *American Psychological Association 7th edition* para as citações de texto e referências bibliográficas e será dividido em 5 capítulos, para além da nota introdutória e das referências bibliográficas. No primeiro capítulo é feita uma fundamentação teórica, apresentando as peculiaridades do crescimento e desenvolvimento das crianças prematuras; no segundo capítulo é apresentada a história clínica da criança; no terceiro é descrita a consulta de enfermagem e os achados decorrentes da observação e avaliação da criança; no quarto capítulo é evidenciada a intervenção do EESIP na consulta de desenvolvimento e no quinto capítulo são feitas as considerações finais.

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1 Epidemiologia

Em Portugal, a taxa de nascimentos de prematuros é cerca de 8% e a prevalência de prematuros abaixo das 32 semanas de 1,2%, sendo uma taxa elevada em comparação com outros países da Europa (Lucas, 2021; Sociedade Portuguesa de Pediatria [SPP], 2021).

O nascimento prematuro é a principal causa de morte infantil, sendo responsável por 1 em cada 5 óbitos de crianças com menos de 5 anos (Organização Mundial da Saúde, 2023). O risco de morte durante os primeiros 28 dias é superior nas crianças com baixo peso ao nascer (BPN) (Mallik & Spiker, 2017). No entanto, a taxa de sobrevivência dos prematuros tem aumentado, sendo que mais de 80% sobrevivem. Embora a taxa de mortalidade dos prematuros tenha diminuído a prevalência de morbilidades aumentaram de forma proporcional (Agertt, 2017), assim como o risco de internamentos é superior (Mallik & Spiker, 2017). Em Portugal, a taxa de mortalidade neonatal é de 1,8/1000 nados vivos, colocando o nosso país no 9.º lugar entre 162 países, sendo considerado um bom local para nascer e crescer (SPP, 2021).

A sobrevivência de um bebé prematuro é condicionada pela idade gestacional ao nascer, pelo peso á nascença e pela existência de problemas de saúde significativos. No entanto, o aspeto mais importante é a idade gestacional, uma vez que determina a maturidade dos órgãos do bebé, existindo diferentes tipos de prematuridade classificados de acordo com este fator: pré-termo tardio (nascimento entre as 34-36 semanas); prematuro moderado (nascimento entre as 32-34 semanas); grande prematuro (nascimento 28-32 semanas) e prematuro extremo (nascimento antes das 28 semanas). Quanto menor é a idade gestacional ao nascer maior é o risco de mortalidade e de morbilidades (Lucas, 2021).

1.2 Impacto da prematuridade na saúde e desenvolvimento

O último trimestre de gestação é crucial para o aperfeiçoamento e maturação dos órgãos, pelo que uma criança prematura nasce com imaturidade dos seus órgãos e sistemas (Lucas, 2021; Koneski, 2017).

Clinicamente as crianças prematuras são frágeis e podem sofrer diversas complicações como síndrome de sofrimento respiratório, hemorragia intraventricular e a retinopatia do prematuro, necessitando de cuidados especiais, estando mais vulnerável a agressões externas e mais susceptíveis a apresentar dificuldades motoras, sensoriais e de comportamento, sendo que o risco vai depender do grau de prematuridade, do peso à nascença e das intercorrências que a criança passou durante o internamento hospitalar como é o caso de infecção, da necessidade de ventilação mecânica e das condições nutricionais (Castro, 2021; Zekowitz, 2017).

A nutrição pós-natal é um dos grandes desafios no cuidado do RN prematuro de Muito Baixo Peso ao Nascer (MBPN), estando associada a um aumento da sobrevida, migração neural, sinaptogênese e mielinização, sendo essencial garantir uma nutrição que promova o ganho ponderal, crescimento e desenvolvimento apropriado do sistema nervoso central (SNC) desde o nascimento até aos primeiros 2 anos de vida, promovendo uma vida futura saudável. Sendo assim, é essencial a vigilância do crescimento destas crianças para se perceber se alimentação e o aporte calórico está a ser adequado, sendo traduzido pelo aumento regular do peso, comprimento e perímetro cefálico. No entanto, o ganho ponderal acelerado para atingir o peso de um RN de termo está associado a problemas metabólicos e vasculares, aumentando o risco de diabetes e hipertensão arterial na vida adulta (Melo & Belém, 2020).

Os prematuros têm um elevado risco de apresentar malformações congênicas, deficiências auditivas e visuais, disfunção reativa das vias aéreas (asma), atraso no crescimento, atraso na linguagem, dificuldades de aprendizagem e distúrbios de comportamento (Zekowitz, 2017).

Prematuros com danos cerebrais (hemorragia intraventricular ou alargamento ventricular) têm maior risco de desenvolver síndrome depressivo e transtornos de déficit de atenção. Danos cerebrais graves são mais frequentes entre bebês prematuros com baixos Índices de Apgar (IA) e complicações médicas como ducto arteriosos patente e enterocolite necrosante (Zekowitz, 2017).

Dez por cento (10%) das crianças com muito baixo peso ao nascer (MBPN: <1500g) sofrem de paralisia cerebral e 15% é possível prever quociente intelectual (QI) baixo. Crianças prematuras com MBPN ou que sofreram complicações médicas têm problemas de temperamento até à segunda infância, demonstrando incapacidade de

autorregulação, manifestando níveis mais baixos de adaptabilidade, vitalidade, atenção e perseverança, e tendem também a manifestar oscilações de humor, maior dificuldade para se acalmarem, maior passividade e maior isolamento social. Estes problemas de temperamento parecem estar menos presentes nas crianças que nasceram com mais de 32 semanas de gestação. As crianças com MBPN podem manifestar problemas emocionais e comportamentais, como transtornos de ansiedade, timidez, isolamento social e sobretudo transtornos de déficit de atenção com hiperatividade (TDAH). Estas crianças correm um risco duas vezes maior de desenvolver TDAH e 25%-60% enfrentarão dificuldades escolares, necessitando de educação especial. Cerca de 29% das crianças e adolescentes que nasceram com MBPN apresentam no mínimo um problema de saúde do foro mental (Zekowitz, 2017).

1.3 Promoção do desenvolvimento da criança prematura (<32 semanas) ou com MBPN

A criança é um ser em desenvolvimento motor, cognitivo, emocional e social, sendo que este desenvolvimento acompanha a maturação neuropsicológica e o crescimento de cada criança, sendo influenciado pela herança genética e por múltiplos fatores (ambientais, nutricionais, estimulação, fatores psicológicos, doenças), caracterizando-se por aquisição de habilidades e competências de complexidade crescente permitindo que esta ganhe autonomia na realização das atividades de vida diária (Oliveira, 2021; Ordem Enfermeiros, 2010; Direcção Geral da Saúde [DGS] , 2013).

O desenvolvimento de uma criança é um processo dinâmico e único não ocorrendo de forma linear, mas sim de forma descontínua, feito por surtos, retrocessos e planaltos (Oliveira, 2021).

Deste modo, a avaliação do desenvolvimento de uma criança é uma prioridade na vigilância de saúde infantil e pediátrica, uma vez que a forma como este ocorre tem influência na sua sua saúde, qualidade de vida e no sucesso educacional e interação social, sendo essencial para a deteção de problemas e conhecer o padrão de crescimento de cada criança de forma a promover intervenções individualizadas e focalizadas em aspetos particulares promotoras do seu desenvolvimento para que esta atinja o seu potencial. O alcance do potencial de desenvolvimento de cada criança depende do cuidado responsivo às suas necessidades de desenvolvimento, sendo essencial fornecer

orientações antecipatórias sobre os marcos de desenvolvimento aos pais/cuidadores, promovendo o papel parental e capacitando-os para adoção de comportamentos promotores do desenvolvimento (Oliveira, 2021;DGS, 2013).

É recomendado a utilização de escalas padronizadas na avaliação do desenvolvimento da criança como forma de rastreio, uma vez que a sua utilização aumenta a probabilidade de deteção de problemas de desenvolvimento (DGS, 2013).

As crianças que nascem antes das 32 semanas e/ou com peso inferior a 1500 g têm um elevado risco de apresentarem sequelas no neurodesenvolvimento pelo que é preconizado que estas crianças sejam acompanhadas de acordo com protocolos de rastreio específicos para identificação precoce de desvios no desenvolvimento e consequente sinalização para programas de intervenção; sendo que este acompanhamento deverá ser realizado por uma equipa multidisciplinar (enfermeiros, neonatologista, neuropediatra, fisiatra, terapeuta da fala, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, psicólogo, pedopsiquiatra) existente em centros de desenvolvimento (SPP, 2012) e individualizado para cada criança e família, envolvendo ativamente a participação dos pais, de forma a capacitá-los para que estes consigam promover um ambiente tranquilo, alegre, carinhoso e estimulante que potencie o crescimento e desenvolvimento do filho (Castro, 2021).

É fundamental promover a vinculação e o papel parental, ajudando e apoiando os pais a reconhecer os sinais comportamentais da criança, reduzindo a ansiedade e o medo frequentemente presentes nos pais de crianças prematuras e potenciando a interação pais-filhos. Pais com capacidade responsiva às necessidades da criança conseguem criar ambientes propícios para o desenvolvimento de mais e melhores habilidades intelectuais e competências sociais durante a primeira infância, em contrapartida práticas parentais menos eficazes, como a superproteção, comportamento parental controlador ou restritivo, ansiedade parental na separação e incapacidade de impor limites estão associadas a problemas de comportamento da criança, isolamento social, queixas psicossomáticas e condutas agressivas e destrutivas (Mallik & Spiker, 2017; Zelkowitz, 2017).

A estimulação neurosensorial precoce é fundamental para um desenvolvimento neurológico (motor, social-adaptativo e cognitivo) saudável em crianças prematuras (Koneski, 2017), aproveitando a neuroplasticidade dos primeiros anos de vida da criança,

em que o cérebro apresenta uma maior capacidade de estabelecer novas conexões neurais para desenvolver determinadas habilidades, sendo fundamental que as terapias específicas se iniciem antes dos 3 anos de vida (Agertt, 2017). A intervenção precoce é uma importante estratégia para melhorar os resultados de saúde em crianças prematuras (<32 semanas de gestação) e/ou MBPN, estando associada a resultados de QI mais altos, menos problemas comportamentais e redução de morbidades (Mallik & Spiker, 2017).

A avaliação do desenvolvimento destas crianças deve ser realizada através de testes de triagem e testes de diagnóstico (Melo & Belém, 2020).

Na avaliação destas crianças deve-se utilizar a Idade Corrigida ([IC] idade da criança se tivesse nascido com 40 semanas de gestação) até aos 2/3 anos de idade cronológica para acompanhar os marcos de desenvolvimento de acordo com a maturidade cerebral e ajustar os estímulos de acordo com as potencialidades da criança, direccionando o cuidado para o melhor desenvolvimento da mesma, criando expectativas realistas (Castro, 2021; Koneski, 2017; SPP, 2012; Unimed, 2020). A IC também deverá ser utilizada na avaliação do perímetro cefálico até aos 18 meses, do peso até aos 24 meses e o comprimento até aos 3 anos e 6 meses (Unimed, 2020).

Como foi referido no sub-capítulo anterior, a nutrição adequada (quantidade e qualidade) na primeira infância tem uma importante influência sobre o crescimento e desenvolvimento das crianças prematuras. A nutrição inadequada influencia negativamente o neurodesenvolvimento destas crianças, causando déficits na competência educacional e cognitiva desde a infância até à adolescência. O Leite Materno (LM) confere mais vantagem no desenvolvimento das crianças prematuras quando comparado com os leites adaptados (Fink & Atkinson, 2017; Melo & Belém, 2020), sendo essencial a promoção da amamentação exclusivo até aos 6 meses e complementado até aos 2 anos.

1.4 Sinais de alarme no desenvolvimento do prematuros

Para a detecção de sinais de alarme no desenvolvimento de crianças prematuras é importante ter atenção a **a) alterações no tônus muscular, b) assimetria de movimentos, c) problemas de visão, d) problemas de audição, e) dificuldades na linguagem, f)**

perturbação global de desenvolvimento e g) dificuldades escolares (Sociedade Portuguesa de Neonatologia [SPN], 2016).

Nos primeiros dois anos de vida devem ser valorizadas distonias transitórias, pontuações baixas nos testes de desenvolvimentos, déficits sensoriais (visão, audição) e atraso na linguagem (Melo & Belém, 2020).

Os déficits sensoriais auditivos e visuais têm impacto direto no desenvolvimento da criança, e tendo em conta que estas têm risco acrescido de desenvolver esses déficits associado à imaturidade dos órgãos à nascença, estas devem ter acompanhamento em consultas de oftalmologia e otorrinolaringologista. Na deteção de problemas de linguagem será importante investigar déficits auditivos através de exames audiológicos (Melo & Belém, 2020).

a) Alterações do tônus muscular: estas são frequente em crianças prematuras mas na maioria dos casos é transitória (SPN, 2016). Hipertonia ou hipotonia mantida pode estar associado a paralisia cerebral (Melo e Belém, 2020). Poderá ser necessário orientar os pais para os posicionamentos adequados e acompanhamento com fisioterapeuta (SPN, 2016).

b) Assimetria de movimentos: os movimentos devem simétricos e nos primeiros meses de vida as crianças não devem demonstrar preferência de lateralidade. A assimetria de movimentos e a preferência de lateralidade pode ser indício de lesão cerebral. Se verificados, a criança deverá ser acompanhada por fisioterapeuta e terapeuta ocupacional (SPN, 2016).

c) Problemas de visão: ausência de contacto visual, desvio mantido dos olhos ou aproximação demasiada dos objetos da face pode ser sinónimo de diminuição da acuidade visual ou estrabismo. Será necessário realização de exames oftalmológicos (SPN, 2016).

d) Problemas de audição: a reacção aos sons pode ser notada logo nos primeiros meses quando a criança reage à voz dos pais quando estes procuram acalmá-lo. A ausência de reacção ou desinteresse pelos sons pode indicar déficit auditivo, sendo necessário realização de estudo auditivo (SPN, 2016).

e) Perturbações de linguagem: se a criança não atinge as etapas do desenvolvimento da linguagem nas idades apropriadas (dizer 10 palavras ou sons com

significado aos 18 meses, juntar 2 palavras aos 24 meses, fazer frases de 3 palavras aos 36 meses) ou se apresentar erros na articulação importantes depois dos 5 anos, deve ser efectuada uma reavaliação da audição, uma avaliação global do desenvolvimento a fim de se verificar se a perturbação da linguagem surge de forma isolada e uma avaliação específica da linguagem. A criança poderá necessitar de apoio de terapeuta da fala (SPN, 2016).

f) Perturbação global do desenvolvimento: na avaliação do desenvolvimento psicomotor deve dar-se especial atenção às aquisições motoras no primeiro trimestre de vida da criança prematura (sustentação cefálica, abertura das mãos, e se a criança procura por objetos) e pesquisar posturas anormais do pescoço, troncos e membros. Deve-se dar especial atenção nas situações de hipo ou hipertonia e avaliação motricidade grossa para diagnóstico precoce de paralisia cerebral (Melo & Belém, 2020). Outro aspeto importante para se observar é se a criança segue com o olhar, procurando sons e objetos e se apresenta sorriso social ao ser estimulado, uma vez que são aquisições que devem estar presentes nos primeiros meses de vida. Se for detetada irritabilidade frequente e pouco interesse na interação até ao quarto/quinto mês deve-se investigar para detetar possíveis problemas neurológicos (Koneski, 2017). Em idade escolar estar atento a problemas motores subtis (Melo & Belém, 2020).

g) Dificuldades escolares: nas crianças prematuras as dificuldades escolares são frequentes estando associadas a perturbações específicas de aprendizagem como a dislexia ou a discalculia ou a perturbações do comportamento que comprometem o sucesso escolar como é o caso do défice de atenção que poderá ser ou não acompanhado por hiperatividade. A dislexia quando presente pode ser sinal de perturbação da linguagem. Nas situações de perturbações de défice de atenção é necessária intervenção terapêutica comportamental e por vezes medicamentosa (SPN, 2016). Deste modo, em idade escolar, é importante ter atenção para pior rendimento escolar, principalmente em matemática, leitura e ortografia, problemas comportamentais, TDAH, autismo, linguagem pouco fluente, défice cognitivo e de memória (Melo & Belém, 2020).

Deste modo, compreende-se a importância que crianças que nascem antes das 32 semanas e/ou com peso <1500g sejam seguidas em consulta de enfermagem de neonatologia e que tenham um acompanhamento especializado e específico tendo em

conta as peculiaridades de crescimento e desenvolvimento destas crianças. Este acompanhamento é essencial para a detecção o mais precoce possível de problemas e para a implementação de medidas promotoras do crescimento e desenvolvimento para que estas crianças atinjam o seu máximo potencial.

Assim, ao EESIP é exigido que detenha conhecimento sobre crescimento e desenvolvimento infantil para que consiga fazer a sua avaliação, detectar sinais de alarme, encaminhar para outros profissionais perante os mesmos e dar orientações antecipatórias aos pais de forma a capacitá-los para que estes consigam dar resposta às necessidades da criança e criar um ambiente estimulante e promotor do crescimento e desenvolvimento da mesma para que esta atinja o seu potencial. A capacitação parental poderá ainda promover a vinculação, a parentalidade e a adaptação dos pais às peculiaridades de cuidados de saúde da criança prematura.

Deste modo, a observação da apreciação da criança na consulta de desenvolvimento realizada pela EESIP permitirá a aquisição e desenvolvimento de competências de EESIP essencialmente relacionadas com a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil e da vinculação (Unidade de Competência ¹E3.1 e ²E3.2 do regulamento Regulamento n.º 422/2018), indo de encontro com os objetivos traçados para o estágio em contexto de consulta de desenvolvimento e com a temática do projeto a “capacitação parental”, permitindo conhecer estratégias que sejam promotoras e facilitadoras da capacitação parental.

¹ Promove o desenvolvimento e crescimento infantil.

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

2. HISTÓRIA CLÍNICA

O G. L. é o 1ºgêmeo de uma gravidez trigemelar, tendo nascido às 32 semanas por cesariana devido à sua apresentação pélvica. Nasceu com 1,294g de peso (Percentil 9 [P9]), 38,3cm de comprimento (P7) e 28,3 cm de perímetro cefálico (P23). Índice de Apgar (IA) 9-10. Antes do nascimento foi realizada maturação pulmonar fetal completa e neuroproteção – mãe encontrava-se internada há cerca de uma semana por ameaça de parto pré-termo.

Mãe de 33 anos, portuguesa. Índice Obstétrico (IO) 0000. Gravidez vigiada. Em termos de antecedentes pessoais refere ter asma. Pai de 32 anos, português e saudável.

2.1 História do internamento

Em dia 1 (D1) por dificuldade respiratória foi adaptado a ventilação não invasiva (VNI) (CPAPn). Imagem radiológica compatível com doença das membranas hialinas (DMH) grau I. Manteve a VNI durante 48h. Cumpriu citrato de cafeína até D15.

Não apresentou episódios de infecção ou alterações neurológicas. Ecografias transfontanelares sem alterações.

Apresentou hiperbilirrubinémia mas sem critérios para fototerapia.

Teve nutrição parentérica (NP) de D2-D7. Alimentado posteriormente com leite materno (LM). Com autonomia alimentar desde D32.

Realizados rastreios: metabólico, auditivo e oftalmológico. Relativamente ao rastreio auditivo passou bilateralmente e ao oftalmológico foi negativo para retinopatia.

Administrado vacina contra Hepatite B no dia 6/6.

Teve alta hospitalar aos 35 dias de vida (IC: 37 semanas + 1 dia), juntamente com os outros irmãos, com 2000g de peso (P1), 42 cm de comprimento (P6) e 31,8 cm de perímetro cefálico (P14).

Indicação para suplementar LM e fazer horários livres.

Medicado com vitamina D (1 gota/dia) e ferro (2 gotas/dia).

Feita referenciação para consulta de oftalmologia, de otorrinolaringologista (ORL) e de neonatologia.

Durante o internamento a mãe pediu apoio psicológico.

3. APRECIÇÃO DA CRIANÇA NA CONSULTA DE DESENVOLVIMENTO (13/7/2023)

O G. tem 2 meses e 11 dias (idade cronológica) – Idade corrigida (IC): 20 dias.

Veio à consulta acompanhado pelos pais e os dois irmãos. Questionado os pais como é que o G. tem estado e como os pais têm conseguido gerir a rotina diária. O pai apresenta um fâcies cansado e lentidão nas respostas. A mãe aparenta mais energia, no entanto referiu que tiveram necessidade de ir morar para a casa dos seus pais para terem apoio.

Segundo os pais, o G. tem apresentado cólicas e obstipação, chegando a estar 72h sem evacuar mesmo com os pais a realizarem massagem e estimulação com sonda, sendo necessário recorrer administração de laxante retal. Pais já recorreram a osteopatia (sessão de massagem), referindo que os 3 dias seguintes o G. não apresenta tantas cólicas e evacua.

Alimenta-se de LM + Leite Adaptado (Lad) (Nutribén 1) cerca 90 ml de 3/4h. Durante a noite, se a mãe não conseguiu durante o dia extrair leite, alimenta-se apenas com Lad. Mãe refere que ultimamente, após os filhos mamarem, não tem leite para extrair. Encontra-se a tomar umas vitaminas que promovem a lactação e tem recebido apoio de uma conselheira de amamentação.

Validado com os pais o objetivo da consulta (avaliação do desenvolvimento psicomotor) e que esta não substitui a que é realizada no centro de saúde.

Verificado que o G. tem feito a vigilância de saúde no centro de saúde e que tem Programa Nacional de Vacinação (PNV) atualizado (DGS, 2020). Já foi novamente observado pela oftalmologia mantendo-se sem retinopatia e segundo os pais terá alta na próxima consulta se o exame se mantiver sem alterações. Aguarda ainda agendamento de consulta ORL.

3.1 Observação física

O G. apresenta choro vigoroso, boa vitalidade e reatividade. Tônus muscular adequado. Pele e mucosas hidratadas. Fontanelas normotensas (Unidade de Competência ³E3.1 – E3.1.1: E3.1.2, Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho).

Na observação do G. verifica-se que apresenta crosta lactéa mais acentuada no couro cabeludo mas também na face (região frontal). Mãe refere que na face já esteve pior. Na região frontal, entre as sobrancelhas, apresenta hemangioma. Na observação dos genitais verifica-se que apresenta fimose fisiológica e os testículos encontram-se nas bolsas escrotaais. Faz-se o rastreio de displasia da anca através da observação de simetria de pregas cutâneas e da manobra de Ortolani: sem assimetria de pregas cutâneas e manobra de Ortolani negativa (Unidade de Competência ⁴E1.2 – E1.2.1, Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho).

3.2 Medidas antropométricas

Peso: 2,720 (P<3)

Comprimento: 47 cm (P<3)

Perímetro cefálico: 35 cm (P>3<P15)

3.3 Avaliação do desenvolvimento psicomotor

Para a avaliação do desenvolvimento psicomotor do G. aplicou-se a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada. Tendo em conta a IC os parâmetros a avaliados foram os referentes à idade de recém-nascido (Tabela 1) (Unidade de Competência ⁵E3.1 – E3.1.1, E3.1.2, Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho).

^{3,5}Promove o desenvolvimento e crescimento infantil - Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento; Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem

⁴ Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem - Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas

Tabela 1 – Aplicação da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada

	Parâmetros a avaliar
Postura e Motricidade Global	☒ Em decúbito dorsal: braços e pernas semi-fletidos, com postura simétrica; ☒ Se tração para sentar observa-se queda significativa da cabeça; ☒ Apoiado(a) em posição sentado(a): dorso curvado com queda da cabeça para a frente; ☒ Em suspensão ventral: cabeça permanece abaixo do plano do corpo e membros semi-fletidos; ☒ Em decúbito ventral: cabeça para o lado, membros fletidos sob o abdômen, cotovelos fletidos junto ao tronco; Reflexos Primitivos: ☒ Reflexo de Moro; ☒ Reflexo de sucção e procura (pontos cardeais); ☒ Reflexo de preensão palmar; ☒ Reflexo da marcha automática.
Audição e Linguagem	☒ Fixa com o olhar um objeto brilhante ou face humana a 30 cm; ☒ Reação a sons altos e súbitos.
NOTAS: Reflexos primitivos presentes e simétricos. Acompanha com o olhar a face humana e reage ao som (bater de palmas) com piscar dos olhos. Não apresenta sinais de alarme. Ainda não adquiriu sorriso social.	

Fonte: Adaptado Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, 2013

4. INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA (EESIP)

O EESIP presta cuidados específicos à criança e família ao longo do ciclo de vida, identificando e mobilizando recursos de suporte e apoio de forma a dar resposta às suas necessidades de crescimento e desenvolvimento, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade, maximizando o seu potencial e a sua saúde. Trabalha em parceria com a criança e família, sendo a sua intervenção baseada na filosofia dos cuidados centrados no binómio criança/família, atendendo à individualidade de cada família e às suas necessidades particulares, valorizando o papel fundamental da mesma como principal cuidador da criança e essencial para o seu crescimento e desenvolvimento; providenciando educação para a saúde e orientações antecipatórias de forma a facilitar a adaptação da criança e família às transições decorrentes dos processos de saúde doença, de desenvolvimento e situacional, apoiando e promovendo a vinculação e a parentalidade, aumentando a capacidade de acção dos pais para que estes consigam dar resposta às necessidades de crescimento e desenvolvimento e criar um ambiente saudável e estimulante (DGS, 2013; Meleis, 2010; Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho).

Deste modo, pode-se afirmar que a capacitação e o empoderamento parental são importantes estratégias promotoras da saúde, do bem-estar e do autocuidado da criança, capazes de prevenir complicações associadas a situações de doença, facilitando a adaptação da criança e família nos processos de saúde-doença, e por consequência permitem melhorar a qualidade dos cuidados e aumentar a satisfação da criança e família pelos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Assim, o EESIP deverá ser detentor de conhecimento sobre o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem, desempenhando uma importante intervenção na avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança, demonstrando capacidade de estabelecer relação de ajuda com a criança/família, respeitando as suas crenças e cultura, demonstrando também capacidade de adaptação da comunicação ao estágio de desenvolvimento da criança/família (Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho).

4.1 Análise e interpretação dos dados

Tal como é preconizado pela SPP, o G. deve ser acompanhado num centro de desenvolvimento uma vez que nasceu com MBPN, tendo maior risco de apresentar desvios no desenvolvimento, sendo essencial a sua vigilância através da avaliação do seu crescimento e desenvolvimento afim de estabelecer o seu padrão e detetar precocemente sinais de alarme para se estabelecerem intervenções individualizadas e promotoras do desenvolvimento para que o G. atinja a maximização do seu potencial.

A consulta de enfermagem de neonatologia/follow up tem como objetivos: vigiar o crescimento do RN de risco; detetar precocemente sequelas resultantes da prematuridade e instituir um tratamento adequado; orientar, acompanhar e avaliar as intervenções terapêuticas e sociais e promover adaptação da criança e família à doença, oferecendo aos pais um melhor entendimento e compreensão das necessidades reais das crianças que nascem prematuramente, capacitando-os para que estes se tornem independentes no autocuidado da criança (Ramos & Lopes, 2008) (Unidades de Competências ⁶E1 – E1.1, E1.2; ⁷E2 – E2.2, E2.3, E2.4, E2.5; ⁸E3 – E3.1, E3.2, E3.3, Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho).

No centro de desenvolvimento esta vigilância faz-se da seguinte forma: no primeiro ano de vida as consultas são trimestrais, no segundo ano de vida são semestrais, passando a ser anuais até aos 8 anos de idade. No entanto, se detetados sinais de alarme poderá ser necessário outro tipo de acompanhamento, sendo este individualizado para cada criança e família.

⁶ Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde: Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem; Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem

⁷ Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade - Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas; Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados; Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência; Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade

⁸ Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem: Promove o desenvolvimento e crescimento infantil; Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais; Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura

Como foi referido no capítulo anterior, as intercorrências que as crianças prematuras sofrem durante o internamento podem provocar atraso no crescimento e desenvolvimento. No caso do G., a intercorrência mais significativa foi ter apresentado DMH de grau I. Esta é uma patologia pulmonar que afeta sobretudo RN pré-termo, estando relacionada com a imaturidade pulmonar e devido a deficiente produção de surfactante, provocando colapso alveolar associado a shunt intrapulmonar direito-esquerdo por aumento da resistência pulmonar e atelectasias que se manifestam por síndrome de sofrimento respiratório de grau variável (Rocha & Mimoso, 2019). Quando o grau é ligeiro a dificuldade respiratória reverte apenas com aporte de oxigénio suplementar e nas situações de maior gravidade é necessário recorrer à ventilação mecânica invasiva e administração de surfactante endógeno (Hospital da Luz, 2019). O G. teve DMH de Grau I (ligeira a moderada), tendo sido necessário VNI (CPAPn – pressão positiva contínua nas vias aéreas) durante 48h e cumpriu 15 dias de citrato de cafeína – demonstra conhecimento sobre doenças comuns (Unidade de Competência ⁹E1.2 – E1.2.1, Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho).

Na avaliação do G. foi utilizada a IC tanto para os registos e interpretação das medidas antropométricas como na aplicação da escala de desenvolvimento psicomotor de Mary Sheridan modificada para que avaliação seja adequada à maturidade neurofisiológica do G. A IC foi calculada de acordo com as tabelas (Figura 1 e 2) utilizadas no centro para esse efeito (Unidade de Competência ¹⁰E3.1 – E3.1.1, E3.1.2, Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho).

Figura 1 e 2 – Tabelas para calcular Idade Corrigida

Cálculo:	
1º	Subtrai-se a idade gestacional a 40s
2º	Divide-se o resultado por 4,5
3º	Obtêm-se os Meses
4º	Multiplica-se este resultado por 0,3
5º	Obtêm-se os Dias
Nota: Cálculo dos Percentis com a idade corrigida até aos 24 meses	

Tabela de Idade Corrigida	
Idade Gestacional	Retira-se à Idade Cronológica
24 Semanas	3 Meses + 15 dias
25 Semanas	3 Meses + 9 dias
26 Semanas	3 Meses + 3 dias
27 Semanas	2 Meses + 24 dias
28 Semanas	2 Meses + 18 dias
29 Semanas	2 Meses + 12 dias
30 Semanas	2 Meses + 6 dias
31 Semanas	2 Meses
32 Semanas	1 Mês + 21 dias
33 Semanas	1 Mês + 15 dias
34 Semanas	1 Mês + 9 dias
35 Semanas	1 Mês + 3 dias
36 Semanas	24 Dias

Fonte: Manual de Consulta de Enfermagem de Neonatologia do CDC, 2008

⁹ Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem - Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas

¹⁰ Promove o desenvolvimento e crescimento infantil - Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento; Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem

Relativamente à interpretação das curvas de crescimento preconizadas pela DGS e presentes no Boletim Individual de Saúde, pode-se concluir que o G. tem evoluído de forma favorável, mantendo o seu percentil, tendo aumentado mais de 20g/dia. Pode-se concluir que o aporte calórico oferecido ao G. tem sido adequado (Unidade de Competência ¹¹E3.1 – E3.1.1, E3.1.2, Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho).

Na observação física do G. verificou-se que este apresenta um hemangioma na região frontal entre as sobrancelhas e crosta láctea na face e couro cabeludo (Unidade de Competência ¹²E1.2 – E1.2.1, Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho).

O hemangioma infantil é uma situação benigna resultante de um crescimento excessivo e anómalo dos vasos sanguíneos, sendo mais frequente em crianças prematuras e com MBPN, em gêmeos e em crianças caucasianas. Pode aumentar de tamanho, estabilizando a partir dos nove meses de idade e a partir dos 12-18 meses tende a diminuir de tamanho e alterar a coloração, ficando menos vermelho. Cerca de 50% dos hemangiomas desapareçam até aos 5 anos de idade, 70% até aos 7 anos de idade e 90% até aos 9 anos de idade, pelo que aos 10 anos de idade, espera-se ter já desaparecido na totalidade dos casos (Fernandes, 2018).

A crosta láctea ou dermatite seborreica é uma situação bastante frequente no RN excessiva de gordura pelas glândulas sebáceas, fazendo com que o óleo excessivo não permita a descamação normal da pele, formando-se placas brancas ou amareladas (Cuf, 2022).

Na observação física deu-se importante atenção ao rastreio de displasia de desenvolvimento da anca, uma vez que o G. tem critério de risco devido a apresentação pélvica (DGS, 2013). No exame objetivo da anca não se observaram sinais de instabilidade, não apresentando limitação de abdução das ancas, sem assimetria de pregas cutâneas e manobra de Ortolani negativa (Unidade de Competência ¹³E1.2 – E1.2.1, Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho).

¹¹Promove o desenvolvimento e crescimento infantil - Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento; Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem

^{12,13} Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem - Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas

Ao longo da consulta foi-se avaliando a interação entre pais-filho, devendo-se aproveitar todos os momentos de contacto para realizar essa avaliação e promover a parentalidade e vinculação (Unidade de Competência ¹⁴E3.2 – E3.2.1, E3.2.2, Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho), sendo este aspecto ainda mais importante em situações de prematuridade, uma vez que o processo de vinculação poderá ter sido prejudicado devido ao internamento do G. e à ansiedade que os pais referiram sentir no momento da alta. A forma como o processo de vinculação se desenvolve vai influenciar a capacidade que os pais têm em satisfazer as necessidades de crescimento e desenvolvimento do filho. Percebe-se que a mãe é mais responsiva aos sinais do filho, referindo já conseguir interpretar melhor esses sinais. Os pais têm sido apoiados pelos avós maternos, estando a morar com eles e que têm procurado ajuda com outros profissionais (osteopatia e conselheira de amamentação), mostrando capacidade de resolução de problemas.

Percebe-se que o G. e os pais encontram-se a passar por uma transição de desenvolvimento e situacional, respectivamente; e o EESIP no seu cuidado terá que apoiar essa transição, desempenhando um papel facilitador para que consigam realizar uma transição saudável, que será traduzida por um crescimento e desenvolvimento adequado do G. e pela adaptação do papel parental às necessidades específicas de crescimento e desenvolvimento do G., de forma a consegui-las satisfazer.

Para um cuidado transacional, é fundamental que o enfermeiro identifique os fatores inibidores e facilitadores de uma transição segura. Neste caso, percebe-se que os fatores inibidores estão relacionados com a falta de conhecimento dos pais sobre crescimento e desenvolvimento infantil e as peculiaridades do mesmo devido à prematuridade do G., falta de conhecimento de como tratar de problemas comuns que poderão surgir na idade do G. e o cansaço dos pais. Como fatores facilitadores, percebe-se que é o apoio dado pelos avós maternos, a capacidade que os pais têm de procurar ajuda e informação. De forma a minimizar os fatores inibidores e promover os facilitadores, a EESIP na sua intervenção priorizou a capacitação parental através da educação para a saúde, fornecendo informação adequada às necessidades do G. e dos

¹⁴ Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais - Avalia o desenvolvimento da parentalidade; Demonstra conhecimentos sobre competências do RN para promover o comportamento interativo

pais e orientações antecipatórias, visando a maximização da saúde do G. e para que este atinja o seu potencial.

4.2 Diagnósticos de Enfermagem (CIPE®, versão de 2019-2020)

- Amamentação: amamentação comprometida associado a lactação insuficiente;
- Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil comprometido;
- Dermatite seborreica presente: face e couro cabeludo;
- Dor presente: às vezes, relacionado com cólicas;
- Risco de desenvolvimento infantil comprometido;
- Eliminação intestinal comprometida relacionado com obstipação;
- Papel parental: risco de compromisso do papel parental;
- Vinculação: risco de vinculação comprometida.

4.3 Intervenções de enfermagem promotoras do desenvolvimento infantil

Tendo em conta que o G. apresenta um desenvolvimento psicomotor adequado, não tendo apresentado sinais de alarme, as intervenções de enfermagem realizadas basearam-se em aumentar o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil, informando sobre as atividades promotoras de desenvolvimento (Tabela 2) e respondendo às dúvidas dos pais (Unidades de Competências ¹⁵E3.1 – E3.1.3; ¹⁶E3.2 – E3.2.1, E3.2.2; ¹⁷E3.3 – E3.3.1, E3.3.2, E3.3.3 Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho) .

^{15,18} Promove o desenvolvimento e crescimento infantil - Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil

^{16,19} Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais - Avalia o desenvolvimento da parentalidade; Demonstra conhecimentos sobre competências do RN para promover o comportamento interativo.

¹⁷ Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura - Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família; Relaciona-se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura; Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem

Tabela 2 – Atividades promotoras de desenvolvimento (RN)

Idade	Atividades promotoras do desenvolvimento
RN	• Pegar no(a) bebê e embalá-lo(a) suavemente. Pode aconselhar-se uma cadeira de balouço. • Falar e cantar suavemente com sons altos, baixos, agudos, graves e suaves. Chamar o(a) bebê pelo nome. • Falar sobre tudo o que estiver a fazer: lavar as mãos, vestir-se. • Usar canções de embalar, música instrumental suave ou músicas com melodias repetidas. • Comunicar com o(a) bebê olhando-o(a) nos olhos, encostado ao peito. • Colocar o(a) bebê sobre os joelhos, deixar que ela(e) agarre o indicador com as mãos e converse com ela(e). • Segurar uma bola vermelha a 20 cm e movimentá-la para cima e para baixo, para a esquerda e direita, estando o(a) bebê em estado de alerta e com a cabeça em posição central. • Dar oportunidade ao bebê de experimentar cheiros diferentes (flor, laranja...) • Fazer massagem suave corporal, observando sempre o(a) bebê calmamente, sem movimentos muito elaborados. Não forçar movimentos, fazer pouca pressão, não exceder os 20 minutos. • Pegar ao colo, olhar olhos nos olhos, sorrir, deitar a língua de fora, quando em estado de alerta. • Oferecer o polegar do(a) bebê para que esta(e) se autoconforte e reorganize. • Evitar ambientes hiperestimulantes. Observar o(a) bebê.

Fonte: Adaptado Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, 2013

Foi valorizado o cuidado desenvolvido pelos pais e a importância da estimulação adequada do G. (Unidades de Competências ¹⁸E3.1 – E3.1.3; ¹⁹E3.2 – E3.2.1, E3.2.2, E3.3.3 Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho).

O G. foi encaminhado para consulta com terapeuta ocupacional para realização do Test of Infant Motor Performance (TIMP) (Unidade de Competência ²⁰E1.2 – 1.2.2, Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho). Explicado aos pais que neste teste é avaliado o controlo postural e os movimentos seletivos necessários a um desempenho motor funcional, tendo como objetivo antecipar, melhorar o apoio e programar um plano terapêutico individualizado à criança no qual os pais são envolvidos e orientados para as atividades que devem desenvolver com o G. (Physiopedia, 2023), estimulando-o de forma a potenciar o seu desenvolvimento motor (Unidades de Competências ²¹E3.1 – E3.1.3; ²²E3.2, Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho).

Foi incentivada a manutenção da amamentação suplementada (Unidade de Competência ²³3.2 – E3.2.5, Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho), uma vez que o G. tem aumentado de peso, altura e perímetro cefálico. Dada indicação para ir aumentando

²⁰ Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem - Encaminha as crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais

²¹ Promove o desenvolvimento e crescimento infantil - Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil

²² Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais

²³ Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais - Promove a amamentação

o volume de leite adaptado, respeitando a vontade do G. e não o que é recomendado na lata do leite – fornecimento de orientações antecipatórias (Unidade de Competência ²⁴E3.1 – E3.1.3, Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho). Devido às cólicas e obstipação foi sugerido aos pais que tentassem trocar o leite adaptado para um leite anti-cólicas e continuassem com as massagens abdominais e estimulação em SOS (Unidade de Competência ²⁵E1.2 – E1.2.1, E1.2.8, Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho).

Dadas orientações aos pais para manter a administração da vitamina D e ferro e de como tratar a crosta láctea: antes do banho aplicar óleo de amendoas doces e massagar suavemente, lavar o couro cabeludo com um champô suave para ajudar a libertar as crosta e pentear o cabelo com uma escova ou pente suave - demonstra conhecimento e implementa medidas adequadas às doenças comuns atendendo a idade da criança (Unidade de Competência ²⁶E1.2 – E1.2.1, E1.2.8, Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho).

Transmitido informação sobre a importância da vigilância de saúde do G. no centro de saúde e de cumprir o PNV – promoção do crescimento e desenvolvimento da criança (Unidade de Competência ²⁷E3.1 – E3.1.3).

Relembrado aos pais a importância da vigilância do G. na consulta de desenvolvimento, tendo sido marcada nova consulta em outubro (Unidade de Competência ²⁸E3.1 – E3.1.3). Os pais foram alertados que poderão entrar em contacto com a equipa de enfermagem se necessitassem de ajuda, sendo disponibilizado o número de telefone do gabinete de consultas de enfermagem e o email da equipa de enfermagem (Unidade de competência ²⁹E3.3, Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho).

²⁴ Promove o desenvolvimento e crescimento infantil - Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil

^{25,26} Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem - Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas; Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família

^{27,28} Promove o desenvolvimento e crescimento infantil - Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil

²⁹ Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura

Solicitado à neonatologista o encaminhamento para especialidade de otorrinolaringologista uma vez que o G. já devia ter sido reavaliado (Unidade de Competência ³⁰E1.2 – 1.2.2, Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho).

Validado com os pais todas as informações transmitidas que aparentemente foram percebidas, tendo sido dado espaço para que colocassem as suas dúvidas. O resultado das orientações dadas será avaliado na próxima consulta em outubro ou em algum contato que os pais façam .

³⁰ Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem - Encaminha as crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação do desenvolvimento infantil é um foco de atenção na vigilância de saúde da criança e do jovem, uma vez que a forma como este ocorre terá influência na saúde, bem-estar e qualidade de vida da criança e do jovem, tendo como principais objetivos a promoção do desenvolvimento e a detecção precoce de desvios ao normal crescimento e desenvolvimento a fim de implementar intervenções focalizadas em aspectos particulares de forma a estimular a criança, para que este atinja o seu potencial. Esta avaliação torna-se ainda mais importante quando a criança apresenta fatores de risco para ter perturbações no desenvolvimento psicomotor como é o caso da criança que nasce antes das 32 semanas ou com peso inferior a 1500 g.

O EESIP na sua intervenção desempenha um importante papel na avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança, uma vez que presta cuidados específicos à criança e família ao longo do ciclo de vida, identificando e mobilizando recursos de suporte e apoio de forma a dar resposta às suas necessidades de crescimento e desenvolvimento, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade, maximizando o seu potencial e a sua saúde. Deste modo, é exigido que o EESIP seja detentor de conhecimento sobre crescimento e desenvolvimento, que demonstre capacidade de adequação da comunicação ao estágio de desenvolvimento da criança/família essencial para conseguir estabelecer uma relação de ajuda e de parceria com a criança/família, respeitando as suas crenças e cultura (Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho).

A capacitação e o *empowerment* parental através da educação para a saúde são estratégias promotoras do crescimento e desenvolvimento infantil uma vez permite melhorar habilidades, competências e recursos da família de forma a que esta seja capaz de satisfazer as necessidades da criança e criem um ambiente saudável, seguro e estimulante (Ramos, 2020 citando Adams, 2008).

A utilização de instrumentos de avaliação do desenvolvimento como forma de rastreio aumenta a probabilidade de detecção de problemas de desenvolvimento, permitindo definir o padrão de referência no desenvolvimento de uma criança e o seu saudável de forma individualizada, respeitando o ritmo de cada criança.

A escala de desenvolvimento de Mary Sheridan é um instrumento de rastreio fiável, de fácil aplicação e interpretação, que permite um melhor conhecimento sobre as aquisições que são esperadas nas idades-chave e os seus amplos limites.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agertt, F. (2017). Prematuridade: taxa de sobrevivência e a importância da estimulação. *Blog Neurológica* <https://www.neurológica.com.br/blog/prematuridade-taxa-de-sobrevivencia-e-a-importancia-da-estimulacao/>
- Castro, R. (2021). *Meu bebê nasceu prematuro: como vai ser seu desenvolvimento no primeiro ano de vida?*. Sociedade de Pediatria de São Paulo <https://www.spsp.org.br/2021/03/05/meu-bebe-nasceu-prematuro-como-vai-ser-seu-desenvolvimento-no-primeiro-ano-de-vida/>
- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. (2019). CIPE®: versão 2019-2020 <https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICNP%202019%20Portugu%C3%AAs.pdf>
- Direcção Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>
- Direcção Geral da Saúde (2020). *Programa Nacional de Vacinação* <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182020-de-27092020-pdf.aspx>
- Cuf. (2022, agosto 30). *Aprenda a tratar a crosta láctea* <https://www.cuf.pt/mais-saude/aprenda-tratar-crosta-lactea>
- Fernandes, S. (2018, abril 18). *Hemangioma infantil e malformações vasculares*. Pedipedia. <https://pedipedia.org/artigo-profissional/hemangioma-infantil-e-malformacoes-vasculares>
- Figueiredo, M. & Amendoeira, J. (2018). O estudo de caso como método de investigação em enfermagem. *Revista da UIIPS – Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*. 6(2), 102-107 <https://doi.org/10.25746/ruiips.v6.i2.16137>
- Fink, N. & Atkinson, S. (2017, abril). *A nutrição e seu impacto sobre o desenvolvimento psicossocial: perspectiva em relação a bebês prematuros*. Enciclopedia sobre o desenvolvimento na primeira Infância <https://www.encyclopedia->

crianca.com/aleitamento-materno/segundo-especialistas/nutricao-e-seu-impacto-sobre-o-desenvolvimento

Hospital da Luz. (2019, maio 14). *Doença das membranas hialinas*
<https://www.hospitaldaluz.pt/pt/dicionario-de-saude/doenca-das-membranas-hialinas>

Koneski, J. (2017). Prematuridade: olhar neurológico sobre o desenvolvimento do bebê. *Blog Neurológica* <https://www.neurológica.com.br/blog/prematuridade-olhar-neurológico-sobre-o-desenvolvimento-do-bebê/>

Lucas, M. (2021, maio 3). *Bebês prematuros: tudo o que deve saber*. Medis <https://www.medis.pt/mais-medis/gravidez-e-saude-infantil/bebes-prematuros-tudo-o-que-tem-de-saber/>

Mallik, S. & Spiker, D. (2017, março). *Programas eficazes de intervenção precoce para bebês prematuros nascidos com baixo peso. Revisão do Programa de Saúde e Desenvolvimento do Bebê (Infant Health and Development Program – IHDP)*. Enciclopedia sobre o desenvolvimento na primeira Infância <https://www.encyclopedia-crianca.com/prematuridade/segundo-especialistas/programas-eficazes-de-intervencao-precoce-para-bebes-prematuros>

McCormick, M. (2017, maio). *Parto prematuro e impacto na saúde e desenvolvimento físico da criança*. Enciclopedia sobre o desenvolvimento na primeira Infância <https://www.encyclopedia-crianca.com/prematuridade/segundo-especialistas/parto-prematuro-e-impacto-na-saude-e-desenvolvimento-fisico-da>

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and practice*. Springer Publishing Company. <https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions-theory-middle-range-and-situation-specific-theories-in-nursing-research-and-practice.pdf>

Melo, A. & Belém, T. (2020, março 9). *Aspectos peculiares do crescimento e desenvolvimento do prematuro*. Sociedade de Pediatria de São Paulo <https://www.spsp.org.br/2020/03/09/aspectos-peculiares-do-crescimento-e-desenvolvimento-do-prematuro/>

- Oliveira, P. (2021, março 10). Desenvolvimento Infantil. *Atlas da Saúde*. <https://www.atlasdasaude.pt/artigos/desenvolvimento-infantil>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guia Orientador de Boa Prática: Promover o Desenvolvimento Infantil na Criança dos 0-5 anos*. In Ordem dos Enfermeiros (Eds.). *Guias Orientadores de Boas Práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica* (Vol I (3), p. 67-96) https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf
- Physiopedia. (2023). *Test of Infant Motor Performance* https://www.physio-pedia.com/Test_of_Infant_Motor_Performance
- Ramos, A. L. (2020). *A Criança e o Jovem como foco de cuidado: Emponderamento da Criança, Jovem e Família*. In Ramos, A. L., Figueiredo, M. C., Néné, M. & Sequeira, C. (Eds.). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª ed, p. 11-24). LIDEL
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, II Série (Nº 133 de 12-07-2018), 19192-19194. ELI: <https://files.dre.pt/2s/2018/07/133000000/1919219194.pdf>
- Rocha, G. & Mimoso, G. (2019, fevereiro 15). *Doença das membranas hialinas*. Pedipedia <https://pedipedia.org/artigo-profissional/doenca-das-membranas-hialinas>
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2016). *Desenvolvimento do prematuro: sinais de alarme*. <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/Desenvolvimento-do-prematuro-Sinais-de-alarme.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2012). *Consenso do Seguimento das Crianças nascidas de muito baixo peso (<1500 g) e/ou menos de 32 semanas inseridas na*

Base do Registo Nacional do MBP https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2012-Seguimento_MBP.pdf

Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2021). *Dia mundial da prematuridade* <https://www.spp.pt/noticias/default.asp?IDN=372&op=2&ID=132>

Unimed. (2020, novembro 10). *Bebê prematuro: desenvolvimento e cuidados* <https://www.unimed.coop.br/viver-bem/pais-e-filhos/bebe-prematuro-desenvolvimento-e-cuidados>

Zelkowitz, P. (2017, abril). *Prematuridade e seu impacto sobre o desenvolvimento psicossocial e emocional da criança*. Enciclopedia sobre o desenvolvimento na primeira Infância <https://www.encyclopedia-crianca.com/prematuridade/segundo-especialistas/prematuridade-e-seu-impacto-sobre-o-desenvolvimento-psicossocial>

Apêndice VII

Sessão de Formação: Capacitação Parental no Cuidado à criança com cardiopatia congénita – um projeto de formação

1.º Curso de Mestrado e Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica

Estágio com Relatório – Serviço de Urgência Pediátrica

Sessão de Formação: Capacitação Parental no Cuidado à
criança com cardiopatia congénita – um projeto de
formação

Andreia Alexandra Carvalho Santos, nº 11581

Professora Orientadora:
Prof.^a Dr.^a Maria Fátima Frade

Enfermeira Orientadora:



—
Almada
Outubro 2023

ÍNDICE

NOTA INTRODUTÓRIA	3
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL	5
1.1 A Criança com Cardiopatia Congénita e sua Família.....	5
1.2 Intervenção do Enfermeiro em Pediatria: Unidade de Urgência Pediátrica...	10
2. DIAPOSITIVOS DA SESSÃO DE FORMAÇÃO	14
CONSIDERAÇÕES FINAIS	20
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22

APÊNDICES

Apêndice I – Slides de Apresentação da Sessão de Formação

Apêndice II – Questionário de Avaliação da Sessão de Formação

Apêndice III - Resultados da avaliação da Sessão de Formação

NOTA INTRODUTÓRIA

O presente trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório, do 1.º Curso de Mestrado e Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, leccionada na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) e desenvolvido numa Unidade de Urgência Pediátrica.

Esta sessão de formação emerge do Projeto Formativo e do interesse da equipa de enfermagem pela problemática do mesmo, tendo sido identificada como uma lacuna no conhecimento da mesma e consequentemente uma necessidade de formação sentida pela equipa de enfermagem da Unidade de Urgência Pediátrica, considerando ser uma mais valia para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados à criança e sua família.

O Enfermeiro Especialista (EE) desempenha um importante papel de dinamizador de boas práticas e facilitador nos processos de aprendizagem, mobilizando, divulgando e promovendo a aquisição e incorporação de conhecimentos e habilidades, visando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados e o desenvolvimento de uma praxis baseada na melhor evidência possível para uma prestação de cuidados especializada e de excelência (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Assim, este trabalho tem como finalidades aumentar a consciencialização e sensibilização da equipa de enfermagem sobre o cuidado à criança com cardiopatia congénita e sua família, assim como a importância da capacitação parental para esse cuidado e no cuidar em pediatria.

Estes aspetos são essenciais para a equipa de enfermagem conseguir identificar os sinais e sintomas de alerta na criança sugestivos de cardiopatia congénita e de agravamento da doença, permitindo realizar uma melhor apreciação da criança e uma atuação mais rápida e adequada à mesma, minimizando avaliações e intervenções inadequadas e consequentemente melhorar a qualidade dos cuidados prestados, que será traduzida por melhores resultados de saúde para a criança, uma vez que assim será possível prevenir e minimizar complicações associadas à doença.

Para otimização dos resultados de saúde da criança com cardiopatia congénita a capacitação parental é um foco de intervenção essencial, uma vez que permitirá

aumentar os conhecimentos e a capacidade de atuação dos pais perante situações de agudização da doença, emponderando-os para que estes consigam cuidar dos filhos, identificar e agir na presença de sinais de alerta.

O enfermeiro em pediatria desempenha um importante papel no empoderamento parental, uma vez que este trabalha em parceria com a criança e família nos diferentes contextos onde a criança está inserida, proporcionando educação para a saúde, identificando e mobilizando recursos de suporte à criança/jovem e família, de forma a dar resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade, maximizando o seu potencial e a sua saúde (Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho). A intervenção do enfermeiro em pediatria deve ter por base a filosofia dos cuidados centrados no binómio criança/família, atendendo à individualidade de cada família e às suas necessidades particulares, valorizando o papel fundamental da família como principal cuidador da criança/jovem e essencial para o seu crescimento e desenvolvimento (Direção Geral de Saúde, 2013; Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho).

Deste modo, a capacitação e o empoderamento parental são importantes estratégias promotoras da saúde, do bem-estar e do autocuidado da criança, capazes de prevenir complicações associadas a situações de doença, facilitando a adaptação da criança e família nos processos de saúde-doença, e por consequência permitem melhorar a qualidade dos cuidados e aumentar a satisfação da criança e família pelos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Este trabalho vai de encontro com os objetivos definidos para o desenvolvimento e aquisição das competências comuns de EE e específicas de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) durante o percurso formativo (estágio), estando organizado segundo as normas de elaboração de trabalhos escritos da ESEL, seguindo as normas da *American Psychological Association 7th edition* para as citações de texto e referências bibliográficas e será dividido em três capítulos, para além da nota introdutória e das referências bibliográficas. No primeiro capítulo são definidos conceitos e é evidenciada a intervenção do enfermeiro em pediatria e a importância da capacitação parental; no segundo capítulo é incorporado o material de suporte à sessão e no terceiro capítulo são feitas as considerações finais.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

Ao longo deste capítulo será feita uma breve fundamentação e contextualização teórica do trabalho, definindo os principais conceitos do mesmo.

1.1 A Criança com Cardiopatia Congénita e sua Família

A criança com cardiopatia congénita necessita de vigilância e de cuidados de saúde específicos desde muito cedo, uma vez que a cardiopatia congénita caracteriza-se por malformações estruturais do coração e das grandes vasos presentes na criança ao nascer resultantes de anomalias no desenvolvimento do coração durante a gestação, existindo mais de 35 defeitos (Schroeder et al., 2009).

É a anomalia congénita mais frequente em Portugal e no mundo, com uma prevalência de 6,8 a 8 casos por cada 1000 nascimentos, sendo a principal causa de morte durante o primeiro ano de vida e de internamentos durante a infância, sendo também a principal causa de incapacidade e condição crónica em crianças com menos de 5 anos (Braz et al., 2021; Kasparian et al., 2018; Lin et al., 2021; Organização Mundial de Saúde [OMS], 2023; Sanayeh et al., 2021), com uma sobrevida média superior a 95%, razão pela qual muitas crianças atingem a vida adulta (Catela et al., 2009; Lin et al., 2021).

Deste modo, a criança com cardiopatia congénita vai-se habituando ao contato regular com os profissionais de saúde e à medida que cresce vai conseguindo compreender a sua doença e tendem a apresentar uma boa adaptação à sua condição de saúde que será maior quanto maior for a adaptação da sua família à mesma e quanto melhor for a sua relação com os pais (Hesselgrave & Santucci, 2022; Monterroso, J., 2018). Uma adaptação adequada à doença permite à criança aceitar as suas limitações e condição de saúde, conseguindo ter um bom funcionamento em casa, na escola e com os pares, assumindo as suas responsabilidades no seu auto-cuidado e colaborando nos tratamentos e reabilitação, expressando confiança e otimismo (Hesselgrave & Santucci, 2022).

No entanto, tal como qualquer condição crónica, a cardiopatia congénita poderá ter repercussões no crescimento e desenvolvimento da criança de acordo com o grau de incapacidade e limitação que a doença causar a nível físico e cognitivo, e estas crianças tendem a apresentar baixa auto-estima, depressão, ansiedade, isolamento social, maior

dependência familiar e menor autonomia, devido em parte à superproteção dos pais, como forma de compensar o facto destas possuírem uma condição crónica, comprometendo o desenvolvimento da autonomia e independência destas crianças (Hesselgrave & Santucci, 2022; Watson et al., 2018).

Relativamente às causas deste tipo de anomalia pode afirmar-se que deve-se a uma multiplicidade de fatores, desde os ambientais aos genéticos, sendo que alguns ainda não são conhecidos. São exemplos desses fatores: doença crónica da mãe (Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus); mãe/pai com cardiopatia congénita (risco aumentado de 3-5%); idade materna precoce ou avançada relacionada com o risco aumentado de ter crianças com alterações cromossómicas (Síndrome de Down, Síndrome de Turner, Noonan, Síndrome DiGeorge, etc) que estão sempre associados a cardiopatias congénitas; infecção materna no primeiro trimestre da gravidez (rubéola, toxoplasmose); ingestão de álcool, consumo de alguns medicamentos e de substâncias ilícitas; assim como a exposição de radiações ionizadas durante a gravidez (Baquero, 2018, Brandão et al., 2018; OMS, 2023).

O diagnóstico de uma cardiopatia congénita num filho é uma situação de grande choque para os pais, vivenciando elevados níveis de stress, ansiedade e medo que o filho morra, sendo necessário dar espaço e tempo à família para sofrer, para depois conseguir assimilar a informação; podendo originar uma crise familiar a longo prazo, na medida que perturba o equilíbrio e dinâmica familiar relacionado com a necessidade de reajustamento de papéis dos seus membros perante as necessidades de cuidados de saúde da criança, de forma a consegui-las satisfazer e manter as restantes responsabilidades familiares, requerendo alterações no estilo de vida e consequente adaptação à condição crónica, tendo implicações emocionais, pessoais, sociais e financeiras (Hesselgrave & Santucci, 2022; Ribeiro & Calado, 2017).

O diagnóstico das cardiopatias congénitas pode ser pré ou pós-natal. O diagnóstico pré-natal ocorre aquando da realização da ecografia morfológica durante a gravidez (entre a 18 e as 21 semanas), seguindo-se a realização de um ecocardiograma fetal para um diagnóstico mais preciso do tipo de malformação existente, permitindo programar com a equipa pré-natal o nascimento e os cuidados médicos necessários para prestar a melhor assistência ao recém-nascido. O diagnóstico pós-natal ocorre após o

nascimento e resulta da observação de sinais e sintomas sugestivos de anomalias congénitas: dificuldade respiratória, cansaço manifesto com a alimentação, alterações da coloração da pele, alterações na deteção do pulso ou da tensão arterial e auscultação de um sopro. Perante estas alterações clínicas a criança terá que realizar exames auxiliares de diagnóstico para confirmação do mesmo: radiografia do tórax, o eletrocardiograma e o ecocardiograma (Brandão et al., 2018).

As cardiopatias congénitas são classificadas de acordo com a sua fisiopatologia: cardiopatias em que existe *shunt* esquerdo-direito com consequente aumento do débito pulmonar, provocando insuficiência cardíaca; cardiopatias em que existe *shunt* direito-esquerdo que resulta na diminuição do débito pulmonar, originando cianose; cardiopatias com lesão obstrutiva (estenoses) que impedem o fluxo sanguíneo para fora dos ventrículos que podem causar insuficiência cardíaca, quando a obstrução é do lado esquerdo do coração, ou cianose, quando a obstrução é do lado direito; e por último as cardiopatias congénitas complexas caracterizadas por defeitos de mistura que podem causar hipoxémia (com ou sem cianose) e insuficiência cardíaca dependendo do grau de mistura e quantidade de fluxo sanguíneo pulmonar (Alda et al., 2009; Schroeder et al., 2022). No entanto, clinicamente, as cardiopatias congénitas, podem ser divididas em três tipos: alterações estruturais, que variam em dimensão (pequena a grande) e complexidade (simples a complexo); alterações da função e alterações do ritmo, podendo estas alterações coexistirem na mesma criança (Baquero, 2018, Brandão et al., 2018; Sanayeh et al., 2021; Schroeder et al., 2022).

O tipo de tratamento irá depender da gravidade do defeito, podendo ser cirúrgico ou através de cateterismo de intervenção concomitantemente com regime terapêutico. Estima-se que uma em cada quatro cardiopatias congénitas é crítica, necessitando de cuidados médicos ou de alguma intervenção cirúrgica ou percutânea ao nascer ou durante o primeiro ano de vida. As cardiopatias congénitas ligeiras a moderadas podem ser seguidas em ambulatório, requerem tratamento médico e o tratamento cirúrgico é realizado mais tarde. No entanto, estas crianças poderão necessitar de internamentos para otimização de regime terapêutico para controlo de sintomatologia, realização de tratamentos e exames. Em geral, tenta-se que o tratamento seja feito numa só vez, no entanto nos casos mais complexos este pode ser faseado (cirurgias em diferentes

estádios e/ou cateterismo de intervenção), implicando vários internamentos para realização de exames e tratamentos (Brandão et al., 2018).

Deste modo, o impacto da cardiopatia congénita na criança e família vai depender da gravidade do diagnóstico, do grau de incapacidade ou limitação causada na criança, dos cuidados domiciliários necessários, do aspecto físico da criança, da experiência anterior com a doença, dos mecanismos de defesa, do sistema de apoio disponível, da preexistência de problemas familiares, das crenças religiosas e culturais e dos padrões de comunicação familiares (Hesselgrave & Santucci, 2022).

De acordo com a literatura, os pais de crianças com cardiopatia congénita apresentam elevados níveis de ansiedade e stress, sendo estes mais elevados nos pais que recebem o diagnóstico pós-natal associado ao fato de estes disporem de menos tempo para se adaptarem à situação em comparação com os pais que recebem a notícia no período pré-natal; no entanto, estes experienciam stress e ansiedade durante mais tempo (Choy & Lee, 2022; Dalir et al., 2020; Hoffman et al., 2020; Jeonghyn et al., 2017; Kasparian et al., 2018; Sanayeh et al., 2021; Wey et al., 2017; Wray et al., 2018). Estes níveis de ansiedade e stress têm repercussão na saúde e bem-estar familiar.

Numa recente revisão sistemática sobre sintomas de saúde mental em pais de crianças com cardiopatia congénita descobriu-se que mais de 80% exibem sintomas de stress pós-traumático, 30-80% experimentam sofrimento psicológico grave e 25-50% têm depressão e/ou ansiedade (Wolf et al., 2017). Os problemas de saúde mental dos pais têm uma influência significativa na saúde e bem-estar da criança, tendo uma associação positiva com perturbações do comportamento das crianças, gestão inadequada do regime terapêutico com consequente descompensação cardíaca e necessidade de internamentos de repetição para otimização da terapêutica, sendo de extrema importância a prevenção destes (Choy & Lee, 2022; Dalir et al., 2020; Demianczyk et al., 2022; Jeonghyun et al., 2017; Lin et al., 2021; Sanayeh et al., 2021; Wray et al., 2018).

A hospitalização em unidades de cuidados intensivos logo à nascença põe em causa a vinculação devido à separação do RN dos pais, o que impossibilita que estes cuidem do seu filho e estabeleçam ligação e laços afetivos, dificultando uma transição saudável para a sua nova identidade de pais (parentalidade), sendo que o primeiro mês de vida é fundamental para o seu desenvolvimento (Kim & Cha, 2017).

O processo de vinculação implica afeto e faz-se através das experiências de interação entre pais e filhos no processo de cuidar (Chora, 2020). A forma como o processo de vinculação se desenvolve terá influência na capacidade dos pais para cuidarem dos seus filhos, atendendo às suas necessidades de crescimento, desenvolvimento e de saúde, influenciando também o desenvolvimento psicossocial e emocional da criança. É através desta ligação que os pais crescem como pais e a criança se constrói psiquicamente, ganhando confiança e autonomia através da segurança transmitida por essa ligação e desenvolvem-se de forma saudável (Ramos, 2004 citado por Chora, 2020).

A existência de outros filhos origina nos pais mais stress, pois sentem que estão a negligenciar os filhos saudáveis, e a relação conjugal poderá ficar fragilizada, uma vez que fica para segundo plano perante a doença do filho.

Segundo a literatura, os pais de crianças com cardiopatia congénita sentem a necessidade de informação e apoio social para conseguirem lidar melhor com a situação de doença do filho e adaptarem-se ao seu novo papel de cuidadores, identificando como fundamental a sua participação durante o internamento nos cuidados ao filho e o apoio dado pelos profissionais de saúde (Bruce et al., 2018; Dalir et al., 2020; Demianczyk et al., 2022; Kasparian et al., 2018; Sanayeh et al., 2021; Sjostrom-Strand et al., 2019; Wey et al., 2017; Wray et al., 2018).

Os irmãos têm maior probabilidade de desenvolver problemas psicossociais associado à responsabilidade de cuidar do irmão, à forma diferente como são tratados pelos pais, pelo menor tempo de lazer com a família, sentindo-se sozinhos e um misto de emoções desde do medo e preocupação com o irmão doente, até ao ciúme, raiva, ressentimento e culpa pelo seu sucesso; sendo essencial que estes sejam envolvidos nos cuidados à criança com cardiopatia congénita e que lhes seja explicada a doença para uma melhor compressão. No entanto, a relação com os irmãos pode ser protectora nas situações de crises, como são o caso de agudizações da doença e de internamento (Hesselgrave & Santucci, 2022; Watson et al., 2018).

1.2 Intervenção do Enfermeiro em Pediatria: Unidade de Urgência Pediátrica

O enfermeiro em pediatria trabalha em parceria com a criança e família nos diferentes contextos onde a criança está inserida, proporcionando educação para a saúde, identificando e mobilizando recursos de suporte à criança/jovem e família, de forma a dar resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade, maximizando o seu potencial e a sua saúde (Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho).

A intervenção do enfermeiro em pediatria deve ter por base a filosofia dos cuidados não traumáticos de forma a minimizar o desconforto físico e psicológico associado ao ambiente hospitalar e aos procedimentos realizados pelos profissionais, e também a filosofia dos cuidados centrados no binómio criança/família, atendendo à individualidade de cada família e às suas necessidades particulares, valorizando o papel fundamental da família como principal cuidador da criança/jovem e essencial para o seu crescimento e desenvolvimento (Direcção Geral de Saúde, 2013; Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho).

À luz da Teoria das Transições (Meleis, 2010), a criança com cardiopatia congénita e sua família encontram-se a passar por uma transição saúde/doença, de desenvolvimento e situacional. Estas transições caracterizam-se por momentos de instabilidade, estando relacionadas com mudanças na vida e na saúde da criança e família, que para serem ultrapassadas implicam aquisição de conhecimentos e mudança de comportamentos, para que a criança e família consigam dar resposta às necessidades de saúde e assumir as suas responsabilidades nos processos de saúde-doença.

Segundo esta teoria, o enfermeiro desempenha um papel de facilitador nos processos de transição, através de intervenções que promovam maior equilíbrio e estabilidade.

Deste modo, a capacitação parental surge como um foco de intervenção de grande importância no cuidar em pediatria.

A importância da capacitação parental é referenciado no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), evidenciando a importância de aumentar o conhecimento

e a capacidade de atuação dos pais uma vez que estes são os principais cuidadores das crianças durante toda a infância (Direção Geral da Saúde [DGS], 2013).

A capacitação parental como estratégia promotora de saúde e bem-estar da criança consiste em melhorar habilidades, competências e recursos da família de forma a que esta seja capaz de satisfazer as necessidades de cada elemento (Ramos, 2020 citando Adams, 2008), sendo operacionalizada através da educação para a saúde que permitirá aumentar a literacia em saúde da família, promovendo o seu *empowerment*, permitindo reduzir os níveis de stress e ansiedade dos pais nos processos de saúde-doença dos filhos.

Assim, pode-se afirmar que a capacitação e empoderamento parental são estratégias promotoras da saúde, bem-estar e do autocuidado da criança, capazes de prevenir complicações associadas a situações de doença, facilitando a adaptação da criança e família nos processos de saúde-doença, e por consequência permitem melhorar a qualidade dos cuidados e aumentar a satisfação da criança e família pelos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

O enfermeiro na Unidade de Urgência Pediátrica (UUP) desempenha um importante papel na apreciação global da criança, conseguindo identificar sinais e sintomas de alerta sugestivos de cardiopatia congénita na criança e descompensação da mesma.

No entanto, é importante salientar que:

- ✓ os sinais de doença cardíaca na criança são muitas vezes inespecíficos e podem simular outras doenças (respiratórias, neurológicas, comportamentais) (Brandão et al., 2018);
- ✓ queixas que no adulto associamos a doença cardíaca, na criança são consideradas benignas, relacionadas com estado emocional – Neurose cardíaca (Brandão et al., 2018):

- **Dor torácica:** muito frequente em crianças entre os 11-13 anos, estando relacionada com alterações de ritmo. Se queixa isolada não é indicativo de doença cardíaca, mas se for ao esforço, com palpitações e síncope devem ser encaminhados para cardiologia. As palpitações em crianças estão associadas a febre, exercício, ansiedade e anemia. Duração superior a 30' e concomitante com dor torácica, tontura ou síncope é preocupante. Frequências cardíacas inferiores a 160 bpm são tranquilizadoras pois

provavelmente trata-se de taquicardias sinusais. Frequências superiores a 160 bpm têm indicação para realização ECG (Brandão et al., 2018).

- **Síncope:** nas crianças são reflexa de etiologia vaso-vagal, podendo estar associado a causa respiratória, neurológica, psicológica, metabólicas e toxicológica. Nos recém-nascidos e lactentes é muito comum o “espasmo do choro”. Síncope de origem cardíaca (2-6%): estenose aórtica, cardiomiopatia hipertrófica, malformações nas coronárias e arritmias ventriculares. As crianças com correção de Transposição das Grandes Artérias e correção total Tetralogia de Fallot apresentam maior risco de síncope (Brandão et al., 2018).

- **Sopros inocentes:** audíveis em caso de febre e ao esforço e a sua intensidade altera com a mudança de posição. Concomitante com má progressão ponderal, infecções respiratórias de repetição, sinais de doença cardíaca deverão ser encaminhados para cardiologia (Brandão et al., 2018).

✓ Sinais e sintomas alerta: má progressão ponderal, infecções respiratórias de repetição, cianose central, alteração da frequência cardíaca, ausência ou diminuição dos pulsos femorais, tensão arterial alterada, sinais de insuficiência cardíaca e de sopro (Brandão et al., 2018).

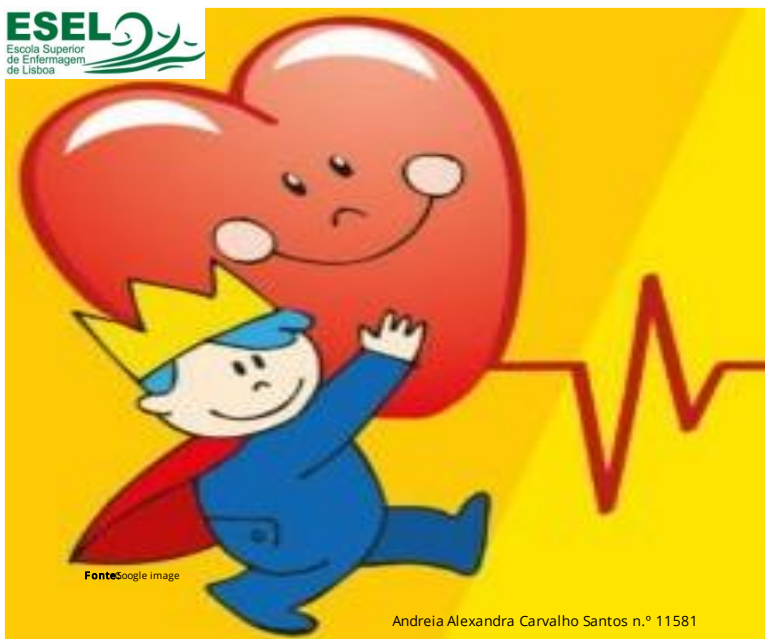
✓ Sinais de insuficiência cardíaca: irritabilidade/prostação, cansaço nas mamadas, pouca tolerância ao esforço, anorexia, palidez, pele marmoreada, cianose, extremidades frias, sudorese, edema (periorbital), ascite, dispneia, taquicardia, hipotensão, regurgitação jugular, diminuição da diurese (Brandão et al., 2018; Schroeder et al., 2022).

Perante os sinais e sintomas de alerta anteriormente referidos, o enfermeiro deverá ter em atenção as seguintes atitudes terapêuticas:

- Monitorização dos Sinais Vitais
- Monitorização de ECG
- Monitorização do Peso e Perímetro abdominal: essencial para avaliar a ascite e edemas da criança, assim como a necessidade de aumentar terapêutica diurética
- Monitorização eliminação urinária
- Oxigenoterapia: importante para reduzir o esforço respiratório da criança. Ter atenção às doenças que causam cianose: são aceitáveis satO2 mais baixas entre os 75%-92%.

- Controlo da temperatura corporal: hipotermia causa mais cansaço e hipertermia agrava as crises cianóticas.
- Hidratação: maior importância nas crises cianóticas pelo risco acrescido de fenómenos tromboembólicos
- Alimentação: deve-se oferecer à criança menor quantidade nas refeições mas de forma mais frequente. Importante aumentar o aporte calórico
- Repouso
- Elevação da cabeceira da cama
- Administração de terapêutica
- Orientações aos pais sobre os sinais e sintomas de IC ou de agudização da doença que justifiquem a procura de cuidados; medicação, atividade física, alimentação, vacinação.

2. SESSÃO DE FORMAÇÃO



Capacitação Parental no cuidado à criança com Cardiopatia Congénita Um projeto de formação

Docente Orientador: Maria de Fátima Graça Frade

1

	<table><tr><td>Objetivo Geral:</td><td>Apresentar o projeto de formação visando a sensibilização da equipa de enfermagem para o cuidado da criança com cardiopatia congénita e sua família no SUP</td></tr><tr><td>Objetivos Específicos:</td><td> - Relembrar o conceito de cardiopatia congénita, a fisiopatologia, principais causas e tipo de tratamento; - Caracterizar a criança com cardiopatia congénita e sua família; - Destacar a intervenção do enfermeiro em saúde infantil e pediátrica, evidenciando a importância da capacitação parental; - Identificar quais os sinais e sintomas de instabilidade e de alerta na criança com cardiopatia congénita; - Descrever as atitudes terapêuticas perante situações de instabilidade da criança com cardiopatia congénita; - Sensibilizar para a importância da capacitação parental no cuidado à criança com cardiopatia congénita: medicação, alimentação, exercício físico, sinais e sintomas de alerta e de insuficiência cardíaca; - Refletir sobre a intervenção do enfermeiro no SUP no cuidado da criança com cardiopatia congénita e família. </td></tr></table>	Objetivo Geral:	Apresentar o projeto de formação visando a sensibilização da equipa de enfermagem para o cuidado da criança com cardiopatia congénita e sua família no SUP	Objetivos Específicos:	- Relembrar o conceito de cardiopatia congénita, a fisiopatologia, principais causas e tipo de tratamento; - Caracterizar a criança com cardiopatia congénita e sua família; - Destacar a intervenção do enfermeiro em saúde infantil e pediátrica, evidenciando a importância da capacitação parental; - Identificar quais os sinais e sintomas de instabilidade e de alerta na criança com cardiopatia congénita; - Descrever as atitudes terapêuticas perante situações de instabilidade da criança com cardiopatia congénita; - Sensibilizar para a importância da capacitação parental no cuidado à criança com cardiopatia congénita: medicação, alimentação, exercício físico, sinais e sintomas de alerta e de insuficiência cardíaca; - Refletir sobre a intervenção do enfermeiro no SUP no cuidado da criança com cardiopatia congénita e família.
Objetivo Geral:	Apresentar o projeto de formação visando a sensibilização da equipa de enfermagem para o cuidado da criança com cardiopatia congénita e sua família no SUP				
Objetivos Específicos:	- Relembrar o conceito de cardiopatia congénita, a fisiopatologia, principais causas e tipo de tratamento; - Caracterizar a criança com cardiopatia congénita e sua família; - Destacar a intervenção do enfermeiro em saúde infantil e pediátrica, evidenciando a importância da capacitação parental; - Identificar quais os sinais e sintomas de instabilidade e de alerta na criança com cardiopatia congénita; - Descrever as atitudes terapêuticas perante situações de instabilidade da criança com cardiopatia congénita; - Sensibilizar para a importância da capacitação parental no cuidado à criança com cardiopatia congénita: medicação, alimentação, exercício físico, sinais e sintomas de alerta e de insuficiência cardíaca; - Refletir sobre a intervenção do enfermeiro no SUP no cuidado da criança com cardiopatia congénita e família.				

2

Cardiopatia Congénita – Definição e Epidemiologia

- ✓ Malformações do coração e das grandes artérias presentes ao nascer, resultante de anomalias do desenvolvimento do coração durante a gestação, existindo mais de 35 defeitos;

(Baquero, 2018; Brandão et al., 2018; Sanayeh et al., 2021; Schroeder et al., 2022)

- ✓ Anomalias congénitas mais frequentes, principal causa de morte no 1º ano de vida, de internamentos durante a infância, de incapacidade e condição crónica em crianças até aos 5 anos;

(Kasparian et al., 2018; Lin et al., 2021; OMS, 2023; Sanayeh et al., 2021)

- ✓ Diagnóstico pré ou pós-natal;

(Brandão et al., 2018)

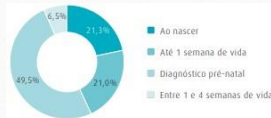


Figura 2 - Momento do diagnóstico de Cardiopatia congénita (%), RENAC 2018/2019

- ✓ Clinicamente podem ser divididas em 3 tipos: alterações estruturais, alterações da função e alterações de ritmo;

(Brandão et al., 2018)

- ✓ Sobrevida superior a 95%. (Catela et al., 2009; Lin et al., 2021)

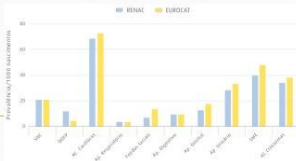


Figura 1 - Prevalência de Cardiopatia congénita em comparação com as outras anomalias congénitas, RENAC 2018/2019

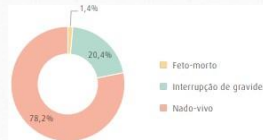


Figura 3 - Cardiopatia congénita e gestação (%), RENAC 2018/2019

3

Cardiopatia Congénita - Classificação

Fisiopatologia:

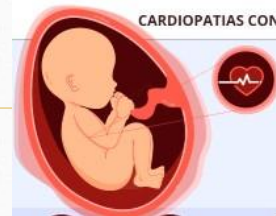


- ✓ Cardiopatias em que existe *shunt* esquerdo-direito:

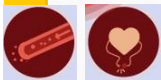
↑ fluxo pulmonar → Insuficiência cardíaca

- ✓ Cardiopatias em que existe *shunt* direito-esquerdo:

↓ fluxo pulmonar → Cianose



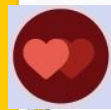
Fonte: Google Image



- ✓ Cardiopatias com lesão obstrutiva (estenoses):

Esquerda: Insuficiência cardíaca

Direita: Cianose



- ✓ Cardiopatias congénitas complexas (mistura de defeitos):

Hipoxémia (com ou sem cianose)

Insuficiência cardíaca

(Akla et al., 2009; Brandão et al., 2018; Schroeder et al., 2022)

Fonte: Google Image

4

Cardiopatia Congénita - Causas



Fonte: Google image

- ✓ Doença crónica da mãe (HTA, DM, Lúpus eritematoso sistémico);
- ✓ Mãe/pai com cardiopatia congénita;
- ✓ Idade materna precoce ou avançada
- ✓ FIV;
- ✓ Infecção materna no 1.º trimestre da gravidez (rubéola, toxoplasmose);
- ✓ Ingestão de álcool, consumo de alguns medicamentos e de substâncias ilícitas;
- ✓ Exposição de radiações ionizadas durante a gravidez

(Baquero, 2018; Brandão et al., 2018; OMS, 2023)

5

Cardiopatia Congénita - Tratamento

- ✓ Irá depender da gravidade do defeito:

- ♥ Cirurgia

- ♥ Cateterismo de intervenção

- ♥ Regime terapêutico

- ✓ 1 em cada 4 necessita de tratamento cirúrgico/cateterismo de intervenção ao nascer ou durante o 1º ano de vida;
- ✓ Seguimento em ambulatório
- ✓ Casos mais complexos: tratamento faseado



Fonte: Google image

(Brandão et al., 2018)

6

A Criança com cardiopatia congénita e sua Família

Criança com cardiopatia Congénita	Pais	Irmãos
☐ Rejeição/Superprotecção ☐ Vão-se habituando ao contato regular com profissionais de saúde e ao meio hospitalar. ☐ Geralmente aceitam bem a doença. ☐ Problemas surgem quando são impostas limitações à atividade física, à socialização ou quando a doença provoca alterações na imagem corporal. ☐ Não esconder a verdade e transmitir calma e segurança (Hesselgrave & Santucci, 2022; Moteroso, J. s.d.)	☐ Pais vivenciam elevados níveis de stress e ansiedade; ☐ Vinculação dificultada e tardia; ☐ Maior risco de desenvolver doenças do foro mental; ☐ Repercussão na saúde e bem-estar da família associada a piores resultados de saúde para a criança/jovem; ☐ Informação e apoio dos profissionais de saúde fundamentais para uma adaptação positiva. (Bruce et al., 2018; Choy & Lee, 2022; Dalir et al., 2020; Demianczyk et al., 2022; Hoffman et al., 2020; Jeonghyun et al., 2017; Kasparian et al., 2018; Kim & Cha, 2017; Lin et al., 2021; Sanayeh et al., 2021; Wey et al., 2017; Wray et al., 2018)	☐ Dificuldade em entender e aceitar tratamento diferente; ☐ Ciúmes, preocupação e culpa; ☐ Maior risco de apresentar problemas psicossociais; ☐ Importante envolvê-los nos cuidados e explicar a doença; ☐ A relação com os irmãos pode ser protectora. (Hesselgrave & Santucci, 2022; Moteroso, J. s.d.; Watson et al., 2018)

Teoria das Transições (Melleis, 2010)

Transição de saúde-doença (Melleis, 2010)

Transição de desenvolvimento e situacional

Transição de desenvolvimento e situacional

Cardiopatia congénita

Fonte: Google Image



Intervenção do Enfermeiro em Pediatria

• Capacitação e *Empowerment* Parental

Educação
para a
saúde

Cuidados
Antecipatórios



- ✓ É fundamental aumentar os conhecimentos e capacidade de atuação dos pais enquanto principais cuidadores das crianças e jovens, promovendo a literacia em saúde de forma a facilitar o *empowerment* dos pais;
- ✓ Permite reduzir os níveis de stress e ansiedade dos pais.

(PNSIJ, 2013; Ramos, 2020)

Estratégias promotoras da saúde, bem-estar e do autocuidado da criança, capazes de prevenir complicações associadas a situações de doença, facilitando a adaptação da criança e família nos processos de saúde-doença, e por consequência permitem melhorar a qualidade dos cuidados e aumentar a satisfação da criança e família pelos cuidados prestados.

(Ordem dos Enfermeiros, 2017)

✓ Apoio
✓ Suporte
✓ Treino
✓ Supervisão

9

Intervenção do Enfermeiro na Unidade de Urgência Pediátrica



Apreciação
global da
criança

✓ Identificação de sinais e sintomas de instabilidade e de alerta na criança com cardiopatia congénita.

✓ Sinais e sintomas de doença cardíaca em crianças são muitas vezes inespecífico e podem simular outras doenças (respiratórias, comportamentais e neurológicas).

✓ Queixas que no adulto associamos a doença cardíaca, na criança são consideradas benignas, relacionadas com estado emocional – Neurose cardíaca. Exemplos: dor torácica, síncope ou sopros inocentes.

🚦 **Sinais e sintomas alerta:** má progressão ponderal, infeções respiratórias de repetição, cianose central, alteração da frequência cardíaca, ausência ou diminuição dos pulsos femorais, TA alterada, sinais de **insuficiência cardíaca** e de sopro.



🚨 **Sinais de insuficiência cardíaca:** irritabilidade/prostação, cansaço nas mamadas, pouca tolerância ao esforço, anorexia, palidez, pele marmoreada, cianose, extremidades frias, sudorese, edema (periorbital), ascite, dispneia, taquicardia, hipotensão, regurgitação jugular, diminuição da diurese.

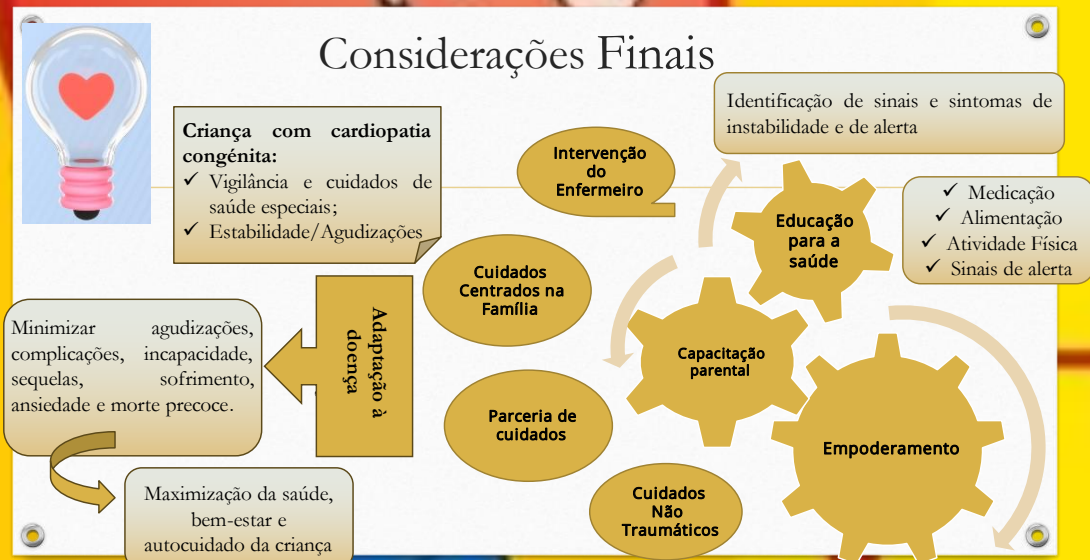
(Brandão et al., 2018; Schroeder et al, 2022)
10

Intervenção do Enfermeiro no Unidade de Urgência Pediátrica



11

Considerações Finais



12

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho foi elaborado para dar resposta aos seguintes objetivos delineados para o contexto de estágio de urgência pediátrica:

2) Desenvolver competências específicas para promover a capacitação parental no cuidado à Criança/Jovem com cardiopatia congénita:

2.1) Promover a adaptação e capacitação da criança/jovem e família à situação de urgência/emergência e especificamente à criança/jovem com cardiopatia congénita;

2.2) Sensibilizar a equipa de enfermagem para os sinais de alerta na criança com cardiopatia congénita.

A realização da sessão de formação surgiu de uma necessidade formativa identificada na equipa de enfermagem da Unidade de Urgência Pediátrica relativamente ao cuidado à criança com cardiopatia congénita e sua família.

A sessão de formação foi realizada apenas no dia 18 de outubro, não tendo sido realizada no dia 28 como estava planeado devido ao grande fluxo de trabalho registado nesse dia.

A sessão decorreu na sala de enfermagem da unidade de urgência pediátrica durante a passagem de turno da Manhã para o turno da Tarde, tendo sido assistida por sete enfermeiros (Apêndice III). A caracterização dos formandos é feita através dos Gráfico 1, 2 e 3 (Apêndice III).

Durante a sessão os formando mostraram-se bastante atentos e interessados nas informações transmitidas, tendo esta decorrido dentro do tempo estipulado.

No final da sessão os comentários feitos foram bastante bons e gratificantes, tendo sido solicitado pela Enf.^a Chefe que deixasse o trabalho escrito para futuras consultas pela equipa de enfermagem e autorização para fazer dois posters para fixar no serviço de dois diapositivos referentes à intervenção do enfermeiro em pediatria e sobre a capacitação parental.

Terminada a sessão foi entregue a cada formando a Ficha de Avaliação da Sessão de Formação (Apêndice II). De acordo com as respostas dadas pode-se concluir que a

sessão foi considerada como pertinente, tendo ido ao encontro das expectativas dos formandos (Apêndice III).

Ao preparar esta formação consegui desenvolver competências de EESIP, nomeadamente as seguintes unidades de competências: E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem - E1.1.4. Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença; E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados e a E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade (Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho).

Com a realização da sessão formativa à equipa de enfermagem consegui dinamizar boas práticas no cuidado à criança com cardiopatia congénita e sua família, facilitando o processo de aprendizagem, através da mobilização e divulgação de informação pertinente, promovendo assim a aquisição e incorporação de conhecimentos e habilidades, de forma a melhorar a qualidade dos cuidados prestados e visando o desenvolvimento de uma praxis baseada na melhor evidência possível para uma prestação de cuidados especializada e de excelência à criança com cardiopatia congénita e sua família (B1 — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica: B1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade; D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica: D2.1 — Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, Regulamento n.º 140/2019, 2019).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baquero, L. (2018). *Um em cada 100 bebés nasce com um defeito no coração?. Hospital Cruz Vermelha.* <https://www.hospitalcruzvermelha.pt/saude-bem-estar/umemcada100bebesnascecomumdefeitonocorao>
- Brandão, C., Abreu, S. & Pinto, F. (2018). *Cardiopatias congénitas: informação para os pais.* Centro de Referência de Cardiopatias Congénitas do CHULC. https://www.chlc.min-saude.pt/wpcontent/uploads/sites/3/2019/09/CRCC_folheto-pais-1.pdf
- Brandão, C., Abreu, S. & Pinto, F. (2018). *Tenho uma cardiopatia congénita... Guia de apoio à escola* . Centro de Referência de Cardiopatias Congénitas do CHULC. https://www.chlc.min-saude.pt/content/uploads/sites/3/2019/09/CRCC_folheto-escola.pdf
- Brandão, C., Abreu, S. & Pinto, F. (2018). *A doença cardiovascular em idade pediátrica. Orientações de prática clínica e referênciação.* Centro de Referência de Cardiopatias Congénitas do CHULC. https://www.chlc.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2019/09/CRCC_folheto-medicos-assistentes.pdf
- Braz, P., Machado, A., Roquette R. & Dias, C. M. (2021). *Registo Nacional de Anomalias Congénitas: relatório 2018-2019.* Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, IP) <http://hdl.handle.net/10400.18/7878>
- Bruce, E. & Sundin, K. (2018). Pediatric Nurses' Perception of Support for Families With Children With Congenital Heart Defects. *Clinical Nursing Research*. 27(8), 950-966. <https://doi.org/10.1177/1054773817713419>
- Catela, A., Laranjeira, A., Ferro, A., Vital, C., Bento, C., Trigo, C. , Ramos, C., Afonso, D., Durtado, D., Serra e Melo, D., Morais, E., Martinho, E., Martelo, F. Antunes, H., Lima, H., Figueira, I., Fragata, I., Bravio, I., Silva, ... Rodrigues, V. (2009). *Cirurgia das Cardiopatias Congénitas.* In Fragata J. (Ed). *Procedimentos em Cirurgia Cardiorácica* (1ª ed, p. 251-305), LIDEL
- Kasparian, N. A., Kan, J. M., Sood, F., Wray, J., Pincus, H. & Newburger, J. W. (2019). Mental health care for parents of babies with congenital heart disease during intensive care

unit admission: Systematic review and statement of best practice. *Early Human Development*. 139. 104837
<https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2019.104837>

Choi, Y., & Lee, S. (2021). Coping self-efficacy and parenting stress in mothers of children with congenital heart disease. *Heart & lung: the journal of critical care*, 50(2), 352–356. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2021.01.014>

Dalir, Z., Heydari, A., Kareshki, H., & Manzari, Z. S. (2020). Coping with Caregiving Stress in Families of Children with Congenital Heart Disease: A Qualitative Study. *International journal of community based nursing and midwifery*, 8(2), 127–139. <https://doi.org/10.30476/IJCBNM.2020.83029.1113>

Demianczyk, A. C., Bechtel Driscoll, C. F., Karpyn, A., Shillingford, A., Kazak, A. E., & Sood, E. (2022). Coping strategies used by mothers and fathers following diagnosis of congenital heart disease. *Child: care, health and development*, 48(1), 129–138. <https://doi.org/10.1111/cch.12913>

Direcção Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>

Fernandes. A. (2020). *Cuidados Atraumáticos e dor em Pediatria*. In Ramos, A. L., Figueiredo, M. C., Néné, M. & Sequeira, C. (Eds.). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª ed, p. 39-55). LIDEL

Hoffman, M., Karpyn, A.; Christofferson, J., Neely,T;; McWhorter,L. G.; Demianczyk, A. C, James, R.; Hafer,J., Kazak, A. E.; Sood, E. (2020). Fathers of Children With Congenital Heart Disease: Sources of Stress and Opportunities for Intervention. *Pediatric Critical Care Medicine*. 21(11), e1002-e1009
<https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000002388>

Kim, J. & Cha, C. (2017). Experience of fathers of neonates with congenital heart disease in South Korea. *Heart & Lung: The Journal of Cardiopulmonary and Acute Care*, 46 (6), 439 – 443 <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2017.08.008>

- Lin, P.-J., Liu, Y.-T., Huang, C.-H., Huang, S.-H., & Chen, C.-W. (2021). Caring perceptions and experiences of fathers of children with congenital heart disease: A systematic review of qualitative evidence. *International Journal of Nursing Practice*, 27(5), e12952. <https://doi.org/10.1111/ijn.12952>
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and practice*. Springer Publishing Company. https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory_middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf
- Monteiro, A. J. & Cerqueira, C. (2020). *Modelos de Cuidados em Saúde Infantil e Pediatria: Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey*. In Ramos, A. L., Figueiredo, M. C., Néné, M. & Sequeira, C. (Eds.). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª ed, p. 33-38). LIDEL
- Monterroso, J. (s.d.). *Um Grande coração: Manual da criança com doença cardíaca* (4.ª ed.)
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf
- OMS (2023). *Anomalias Congénitas*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/congenital-anomalies>
- Ramos, A. L. (2020). *A Criança e o Jovem como foco de cuidado: Emponderamento da Criança, Jovem e Família*. In Ramos, A. L., Figueiredo, M. C., Néné, M. & Sequeira, C. (Eds.). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª ed, p. 11-24). LIDEL
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, II Série (Nº 133 de 12-07-2018), 19192-19194. ELI: <https://files.dre.pt/2s/2018/07/133000000/1919219194.pdf>
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, II Série (Nº 26 06-02-2019), 4744-4750. ELI: <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>

Sanayeh, M., Nourian, M., Tajalli, S., Khoshnavay Fomani, F., Heidari, A., & Nasiri, M. (2021). Resilience and Associated Factors in Mothers of Children with Congenital Heart Disease: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Community Based Nursing & Midwifery*, 9(4), 336-345. <https://doi.org.10.30476/ijcbnm.2021.89691.1630>

APÊNDICES

Apêndice I

Plano da Sessão de Formação

Plano da Sessão de Formação

Tema:	Capacitação Parental no cuidado à criança com cardiopatia congénita: um projeto de formação
Duração:	20-30min
Data da Sessão:	18 e 28 de outubro
Local:	Unidade de Urgência Pediátrica
Formador/a:	Andreia Santos
Destinatários:	Equipa de Enfermagem da Unidade de Urgência Pediátrica
Pré-requisitos:	Pertencer à equipa de Enfermagem da Unidade de Urgência Pediátrica

Objetivo Geral:	Apresentar o projeto de formação visando a sensibilização da equipa de enfermagem para o cuidado da criança com cardiopatia congénita e sua família na Unidade de Urgência Pediátrica.
Objetivos Específicos:	- Relembrar o conceito de cardiopatia congénita, a fisiopatologia, principais causas e tipo de tratamento; - Caracterizar a criança com cardiopatia congénita e sua família; - Destacar a intervenção do enfermeiro em saúde infantil e pediátrica, evidenciando a importância da capacitação parental; - Identificar quais os sinais e sintomas de instabilidade e de alerta na criança com cardiopatia congénita; - Descrever as atitudes terapêuticas perante situações de instabilidade da criança com cardiopatia congénita; - Sensibilizar para a importância da capacitação parental no cuidado à criança com cardiopatia congénita: medicação, alimentação, exercício físico, sinais e sintomas de alerta e de insuficiência cardíaca; - Refletir sobre a intervenção do enfermeiro na Unidade de Urgência Pediátrica no cuidado da criança com cardiopatia congénita e família.

	Conteúdos	Atividades	Metodologia	Avaliação	Recursos Didáticos	Tempo
Introdução	• Apresentação do tema • Comunicação dos objetivos da sessão • Verificação dos pré-requisitos.	Exposição do tema	Método expositivo	Avaliação Diagnóstica – Observação	Computador Power Point ®	2 min
Desenvolvimento	• Conceito: Cardiopatia congénita – epidemiologia, fisiopatologia, causas e tipos de tratamento • Intervenção do enfermeiro em Pediatria • Importância da capacitação Parental • Sinais e sintomas de instabilidade e de alerta na criança com cardiopatia congénita • Atitudes terapêuticas perante a criança em situação de instabilidade e insuficiência cardíaca	Exposição dos conteúdos	Método expositivo e método ativo	Avaliação Formativa – Observação e Formulação de perguntas orais	Computador Power Point®	15-20 min
Conclusão	• Síntese dos conteúdos abordados • Conclusão e encerramento da sessão • Estímulo à discussão	Discussão de grupo	Método expositivo e método ativo	Avaliação Sumativa – Observação e aplicação de ficha de avaliação	Computador Power Point® e Folha de ficha de avaliação da sessão	5 min.

Apêndice II

Questionário de avaliação da Sessão de Formação

Ficha de Avaliação da Sessão de Formação

“Capacitação Parental no cuidado da criança com cardiopatia congénita – um projeto de formação”

1. Identificação do formando

Idade: _____

Sexo: M F

Grau académico: _____

Tempo de exercício profissional: _____

Tempo de exercício profissional em pediatria: _____

Tempo de exercício profissional na Unidade de Urgência Pediátrica: _____

Na sua avaliação utilize a seguinte escala

1	2	3	4
Insuficiente	Suficiente	Bom	Excelente

Obrigada pela sua colaboração

2. Conhecimentos iniciais sobre o tema

3. Pertinência do tema

4. Conteúdos da sessão

5. Domínio da temática pelo formador

6. Duração da sessão

7. Metodologia utilizada

8. Meios audiovisuais utilizados

1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4

Sugestões/Observações: (Aspetos considerados mais importantes e a desenvolver com maior profundidade ou a incluir em ações deste tipo; aspetos melhor conseguidos e aspetos a melhorar)

_____ Data: ____ / ____ / ____

Apêndice III

Resultados da avaliação da Sessão de Formação

Resultados da avaliação da Sessão de Formação

Gráfico 1

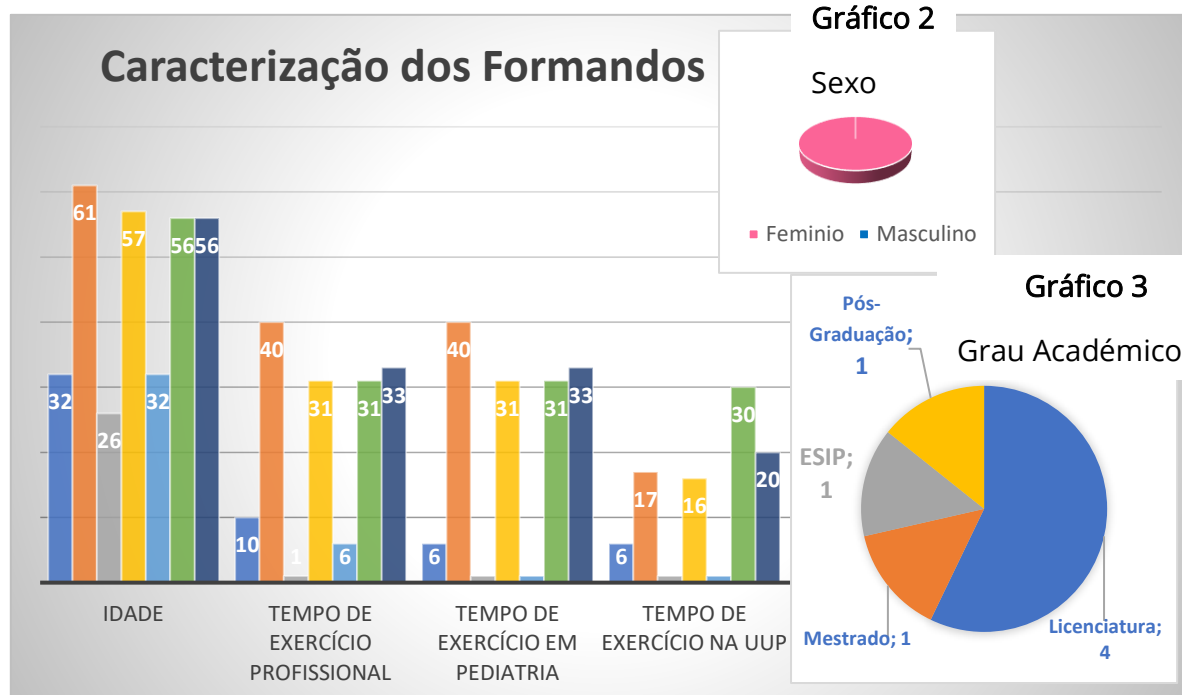
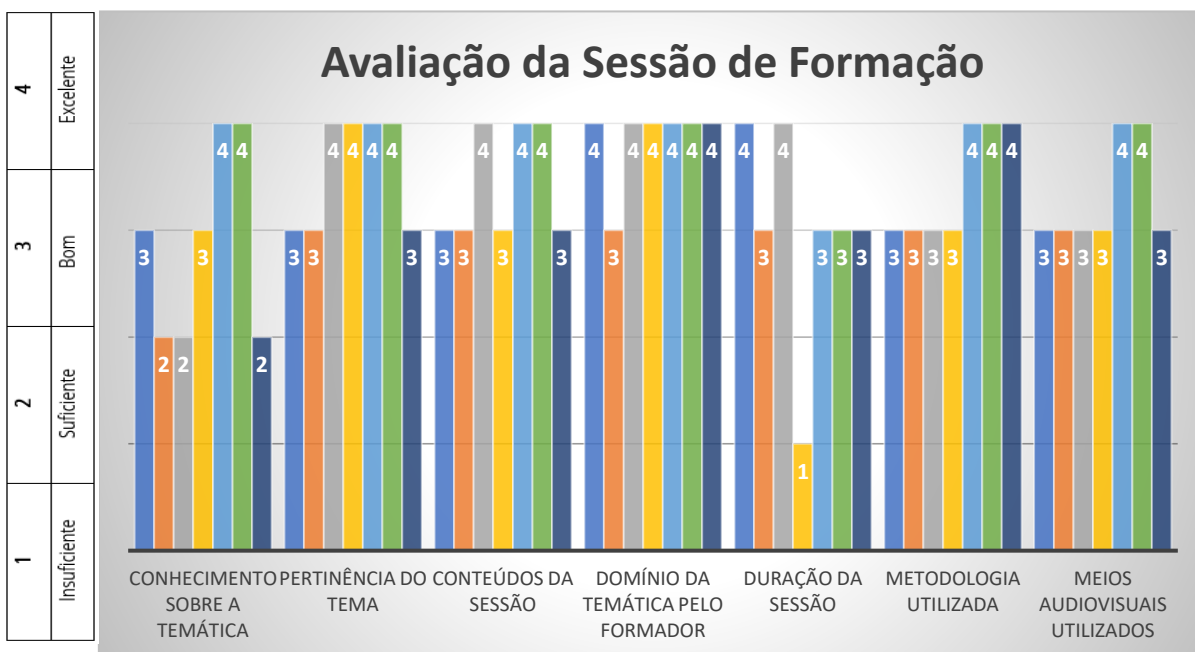


Gráfico 4

Avaliação da Sessão de Formação



Apêndice VIII

Estudo de Caso apresentado em Comunicação oral no II Encontro de Enfermagem de
Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricas do Centro Hospitalar
Universitário de Lisboa Central

1.º Curso de Mestrado e Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica

Estágio com Relatório – Serviço de Urgência Pediátrica

Estudo de Caso apresentado em Comunicação oral no II
Encontro de Enfermagem de Unidades de Cuidados
Intensivos Neonatais e Pediátricas do Centro Hospitalar
Universitário de Lisboa Central

Andreia Alexandra Carvalho Santos, nº 11581

Professora Orientadora:
Prof.^a Dr.^a Maria Fátima Frade

Enfermeira Orientadora:



—
Lisboa
Outubro 2023

INDICE

NOTA INTRODUTÓRIA	3
1. APRESENTAÇÃO DO ESTUDO DE CASO	4
2. SUPORTE À COMUNICAÇÃO ORAL.....	6
CONSIDERAÇÕES FINAIS	16
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	17

NOTA INTRODUTÓRIA

No âmbito do II Encontro de Enfermagem de Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) e Pediátricas (UCIPed) do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central (CHULC), fui convidada pela comissão organizadora para participar como palestrante numa mesa que tinha como finalidade apresentar um estudo de caso de uma criança com cardiopatia congénita, retratando os cuidados de enfermagem prestados nas diferentes unidades do CHULC que acompanhou esta criança, sendo que a minha participação prendeu-se com os cuidados prestados à criança na UCIPed de Cirurgia Cardiorábrica, onde exerço funções de enfermeira generalista.

Foi com muito agrado que aceitei o convite considerando que esta participação seria benéfica para o meu percurso formativo, promovendo uma reflexão sobre a prática e que a partilha de conhecimento e experiência neste tipo de eventos é promotora do crescimento e desenvolvimento do saber profissional, devendo estes aspetos ser uma preocupação constante do Enfermeiro Especialista (EE) visando o seu autoconhecimento e assertividade, assim como a melhoria contínua dos cuidados prestados, baseando a sua prática clínica especializada na melhor evidência científica (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Neste documento é apresentado o trabalho realizado para o evento e feitas algumas considerações finais, elucidando os contributos deste trabalho para o meu percurso formativo enquanto mestrante do curso de Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

1. APRESENTAÇÃO DO ESTUDO DE CASO

A Unidade de Cirurgia Cardiorácica Pediátrica localizada no Hospital de Santa Marta e integrada no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central *“(...) tem nobres tradições pioneiras no manejo de crianças com cardiopatias congénitas sendo verdadeiramente o berço nacional dessa subespecialidade”* (Catela et al., 2009, p. 251), estando incorporado no Centro de Referência das Cardiopatias Congénitas (Despacho nº3653/2016 de 11 de março de 2016) que foi reconhecido como Centro de Tratamento Nacional para a Hipertensão Pulmonar, aspeto complementar e essencial na assistência à pessoa com cardiopatia congénita (SNS, 2023).

Esta Unidade tem como área de abrangência abrange CH Médio Tejo, Hospital Distrital de Santarém, Hospital de Vila Franca de Xira, ULS Norte Alentejano, ULS Baixo Alentejo, Hospital Espírito Santo de Évora, ULS Litoral Alentejano e CH Setúbal (Antunes et al., 2017) e, destina-se a cuidar de crianças com patologia cardíaca ou pulmonar, sendo a mais frequente a cardiopatia congénita.

A Cardiopatia Congénita é a anomalia congénita mais frequente em Portugal e no mundo, com uma prevalência de 6,8 a 8 casos por cada mil nascimentos, sendo a principal causa de morte durante o 1º ano de vida, de internamentos durante a infância e a principal causa de incapacidade e condição crónica com menos de 5 anos (Braz et al., 2021; Kasparian et al., 2019; Lin et al., 2021; Organização Mundial de Saúde [OMS], 2023; Sanayeh et al., 2021), com uma sobrevida médica superior a 95% (Catela et al., 2009; Lin et al., 2021).

O F. nasceu com 30 semanas e 5 dias com baixo peso (1740g), tendo sido diagnosticado com Cardiomiopatia hipertrófica bilateral grave e Estenose valvular pulmonar grave. Entre 2013 e 2023, foram admitidas quatro crianças com o diagnóstico de Estenose valvular pulmonar e duas crianças com o diagnóstico de Cardiomiopatia hipertrófica.

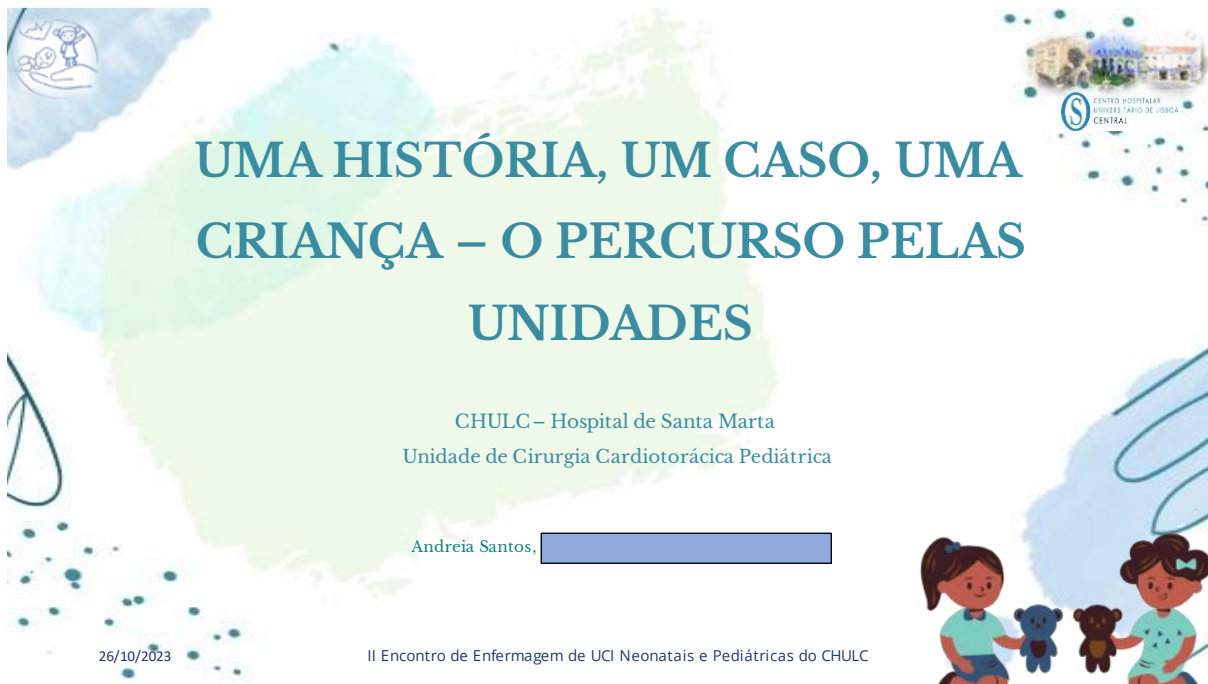
Desde o nascimento, o F. foi acompanhado pelo serviço de Cardiologia Pediátrica, com 1 mês e 26 dias (idade cronológica) foi submetido a valvuloplastia percutânea e aos 3 meses e 10 dias (idade cronológica) foi submetido a valvulotomia pulmonar, alargamento câmara de saída do ventrículo direito e plastia da artéria pulmonar. O

internamento do F. foi marcado por algumas complicações do foro respiratório, cardíaco, renal e infeccioso, resultando num internamento prolongado. Tendo em conta o vasto número de complicações, a equipa de Enfermagem necessitou de mobilizar conhecimento para resolução das mesmas.

Este caso marcou-nos enquanto profissionais de saúde, não só pela complexidade do internamento, mas também devido à ausência de uma figura parental, o que promoveu o estabelecimento de uma relação de vínculo com a criança.

Neste trabalho espera-se evidenciar o impacto da intervenção do Enfermeiro no manejo da criança submetida a cirurgia cardíaca.

2. SUPORTE À COMUNICAÇÃO ORAL



UMA HISTÓRIA, UM CASO, UMA CRIANÇA – O PERCURSO PELAS UNIDADES

CHULC – Hospital de Santa Marta
Unidade de Cirurgia Cardiorádica Pedidrica

Andreia Santos,

26/10/2023

II Encontro de Enfermagem de UCI Neonatais e Pedidricas do CHULC



ÍNDICE

1 - Introduoão	2 - UCI de Cirurgia Cardiorádica	3 - Cardiopatia congénita	4 - A Criança
5 - Comunicaão entre as Unidades	6 - Conclusão	7 - Referências Bibliográficas	

26/10/2023

II Encontro de Enfermagem de UCI Neonatais e Pedidricas do CHULC

2



1 - INTRODUÇÃO

26/10/2023

II Encontro de Enfermagem de UCI Neonatais e Pediátricas do CHULC

3



2 – UCI DE CIRURGIA CARDIOTORÁCICA PEDIÁTRICA



"(...) tem nobres tradições pioneiras no manejo de crianças com cardiopatias congénitas sendo verdadeiramente o berço nacional dessa subespecialidade"(Catela et al., 2009, p. 251)



(SNS, 2023); (Antunes et al., 2017)

26/10/2023

II Encontro de Enfermagem de UCI Neonatais e Pediátricas do CHULC

4

2 – UCI DE CIRURGIA CARDIOTORÁCICA PEDIÁTRICA

CUIDADOS NÃO TRAUMÁTICOS

Os Cuidados Não Traumáticos são considerados como um dos pilares da enfermagem pediátrica.

Evitar a hospitalização e reduzir a sua duração

Informar e preparar as crianças sobre o que vai acontecer

Encorajar a presença dos pais

Proporcionar rotinas e hábitos familiares

Adequar o ambiente

Interagir com criança e pais

Fernandes (2020)

2 – UCI DE CIRURGIA CARDIOTORÁCICA PEDIÁTRICA

CUIDADOS CENTRADOS NA FAMÍLIA

Os Cuidados Centrados na Família é um modelo de cuidados em saúde infantil e pediátrica que permite uma abordagem de planeamento, prestação e avaliação dos cuidados resultante do benefício mútuo da parceria entre profissionais de saúde e família.

Relação entre enfermeiro-família

Respeito mútuo

Empatia

Compreensão

Partilha de informação

Apoio

Colaboração

(Institute for Patient and Family-Centered Care, citado por Cerqueira & Figueiredo, 2020)

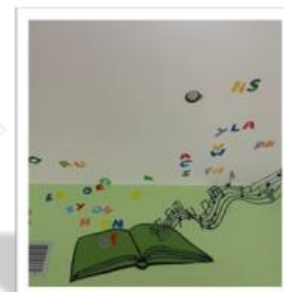
3 – CARDIOPATIA CONGÊNITA

Malformações do **coração e das grandes artérias** presentes ao nascer, resultante de anomalias do desenvolvimento do coração durante a gestação, existindo mais de **35** defeitos (Baquero, 2018; Brandão et al., 2018; Sanayeh et al, 2021; Schroeder et al, 2022)

Principal causa de morte no 1º ano de vida e de incapacidade de condição crônica até aos 5 anos

Diagnóstico pré ou pós-natal

O tipo de tratamento depende da gravidade do defeito



(Baquero, 2018; Brandão et al., 2018; Sanayeh et al, 2021; Schroeder et al, 2022)

26/10/2023

II Encontro de Enfermagem de UCI Neonatais e Pediátricas do CHULC

7

3 – CARDIOPATIA CONGÊNITA

TIPOS DE CARDIOPATIAS

Shunt esquerdo -direito

Shunt direito - esquerdo

Lesão obstrutiva

Complexas



(Alda et al., 2009; Schroeder et al., 2009)

26/10/2023

II Encontro de Enfermagem de UCI Neonatais e Pediátricas do CHULC

8

3 – CARDIOPATIA CONGÊNITA

Fatores de risco

- Doença crônica da mãe;
- Mãe com cardiopatia;
- Mãe com idade superior a 40 anos apresenta risco aumentado de ter crianças com alterações cromossômicas
- Infecção materna no primeiro trimestre da gravidez;
- Ingestão de álcool;
- Consumo de alguns medicamentos e de substâncias ilícitas;
- Exposição de radiações ionizadas durante a gravidez (Baquero, 2018; Brandão et al., 2018; OMS, 2023).



4 - A CRIANÇA



Miocardiopatia Hipertrofica

Caracteriza-se pelo aumento da massa muscular cardíaca dos ventrículos (ambos ou apenas um deles), sem aumento do tamanho das cavidades, dificultando o fluxo sanguíneo das aurículas para os ventrículos

- ✓ Situação rara muitas vezes associada a doenças genéticas e metabólicas
- ✓ A contração dos ventrículos poderá causar obstrução que será grave se for a nível do ventrículo esquerdo

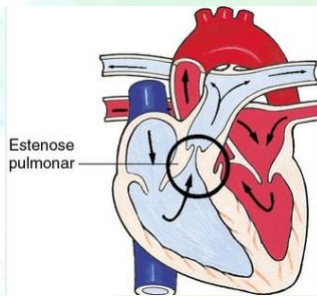
TRATAMENTO?

PROGNÓSTICO?

(Catela et al., 2009);(Schroeder, et al., 2022);(Brandão, Abreu & Pinto, 2018)



4 – A CRIANÇA



Estenose Pulmonar

Estreitamento da saída do ventrículo direito (VD), mais comum a nível da válvula pulmonar, havendo casos raros de estreitamento na artéria pulmonar principal ou nos seus ramos

- ✓ A resistência ao fluxo sanguíneo causa hipertrofia ventricular direita e diminuição do fluxo sanguíneo pulmonar;
- ✓ A insuficiência do VD causa aumento de pressão a nível da aurícula direita, podendo causar abertura do forame oval e consequente shunt D-E, originando cianose sistêmica.

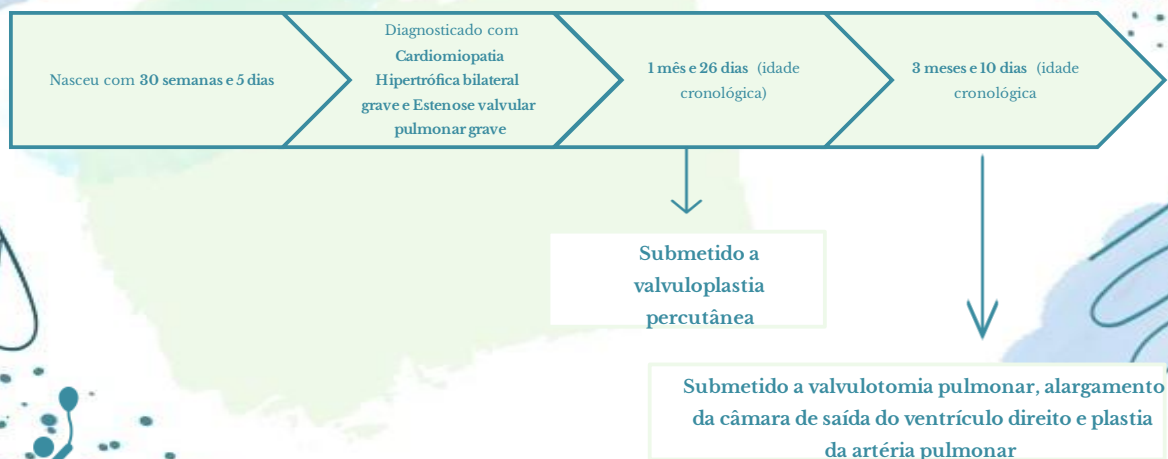
TRATAMENTO?

PROGNÓSTICO?

(Catela et al., 2009); (Schroeder, et al., 2022); (Brandão, Abreu & Pinto, 2018)



4 – A CRIANÇA

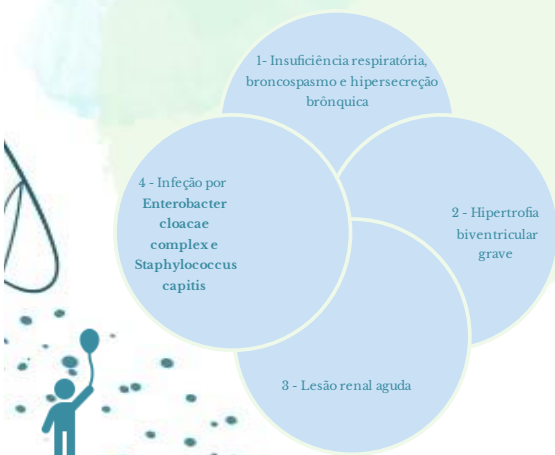




4 – A CRIANÇA



PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES NO PÓS-OPERATÓRIO DA CRIANÇA



1

- Aspirar secreções
- Administrar terapêutica broncodilatadora
- Hipertensão Pulmonar – pré-oxigenação e administração de rocurônio

2

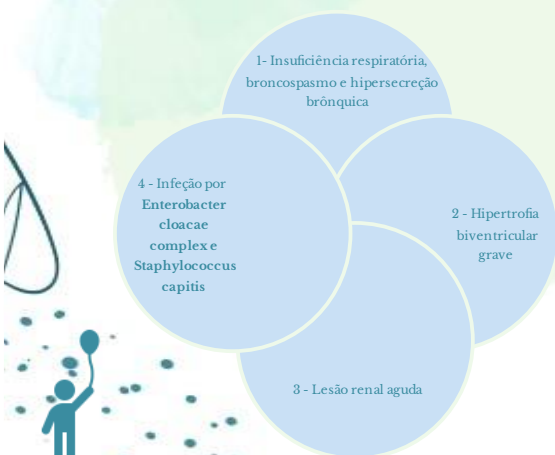
- Realizar balanço hídrico
- Administrar volume
- Gerir débito urinário



4 – A CRIANÇA



PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES NO PÓS-OPERATÓRIO DA CRIANÇA



3

- Avaliar edema
- Vigiar cateter de diálise peritoneal
- Gerir diálise

4

- Manter isolamento
- Administrar antibioterapia
- Vigiar febre



4 – A CRIANÇA

O ACOMPANHAMENTO DOS PAIS

PAIS AUSENTES

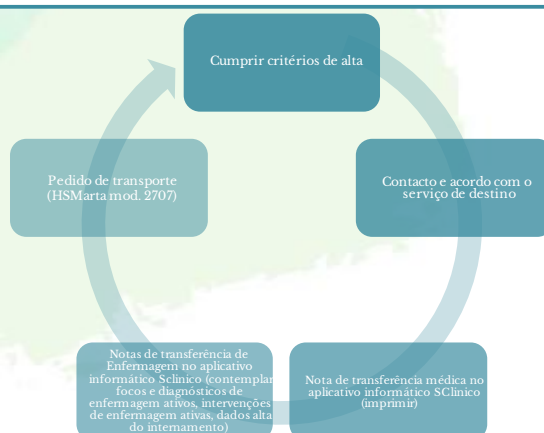
INTERNAMENTO
PROLONGADO

Este caso marcou-nos enquanto profissionais de saúde, não só pela complexidade do internamento, mas também devido à ausência de uma figura parental, o que promoveu o estabelecimento de uma relação de vínculo com a criança.



5 – COMUNICAÇÃO ENTRE AS UNIDADES

- Procedimento setorial da Cirurgia Cardioráscica UCIPED HSM ALT. 1018 Transferência/Altado doente da UCI de Pediatria





6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS



- A Unidade de Cirurgia Cardiorádica Pediátrica localizada no Hospital de Santa Marta e integrada no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central é um **Centro de Referência das Cardiopatias Congénitas** e foi reconhecido como Centro de tratamento Nacional para a Hipertensão Pulmonar (SNS, 2023). É também Centro de Referência de Transplante Cardíaco Adulto e Pediátrico e Transplante Pulmonar (Antunes et al., 2017).
- A filosofia de cuidados em pediatria pressupõe um modelo de **Cuidados Centrados na Família** e a prestação de **Cuidados Não Traumáticos**
- A **cardiopatía congénita** é a mais frequente entre as anomalias congénitas, sendo a incidência de **6,8 a 8** casos por mil nados vivos.



6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

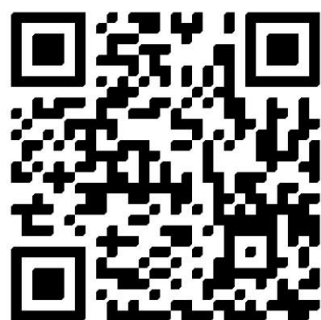


- O tratamento da cardiopatía congénita depende da **complexidade da doença**, frequentemente é cirúrgico e podem existir várias complicações no pós-operatório
- O **baixo peso** é um fator de risco na recuperação destas crianças.
- São **internamentos prolongados**, frequentemente com situações de infeção associadas
- É essencial estabelecer uma **comunicação eficaz** entre toda a equipa multidisciplinar, envolvendo todos os serviços que prestam cuidados a estas crianças

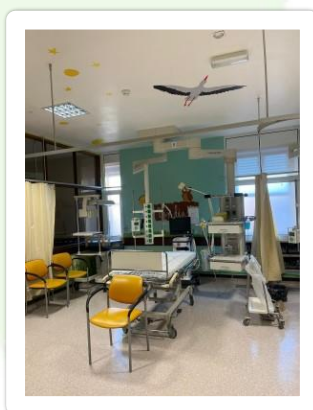




7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



OBRIGADA PELA VOSSA ATENÇÃO!



Andreia Santos, 



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste trabalho e a participação neste evento permitiu realizar uma reflexão sobre a prática, através da partilha de conhecimento e experiências, promotora do desenvolvimento e crescimento profissional, fomentando o autoconhecimento e a procura da melhor evidência científica para fundamentar a nossa práxis clínica, visando a melhoria contínua dos cuidados e uma prestação de cuidados especializados e de excelência (Competência Comum de EE B1 — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica: B1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade; D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade: D1.1 — Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro; D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica: D2.1 — Responsabiliza -se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, D2.2 — Suporta a prática clínica em evidência científica, Regulamento n.º 140/2019, 2019).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baquero, L. (2018). Um em cada 100 bebés nasce com um defeito no coração? Hospital Cruz Vermelha.
<https://www.hospitalcruzvermelha.pt/saudebemestar/umemcada100bebesnascecomumdefeitonocorao>
- Brandão, C., Abreu, S. & Pinto, F. (2018). Cardiopatias congénitas: informação para os pais. Centro de Referência de Cardiopatias Congénitas do CHULC https://www.chlc.min-saude.pt/wpcontent/uploads/sites/3/2019/09/CRCC_folheto-pais-1.pdf
- Brandão, C., Abreu, S. & Pinto, F. (2018). Tenho uma cardiopatia congénita... Guia de apoio à escola . Centro de Referência de Cardiopatias Congénitas do CHULC https://www.chlc.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2019/09/CRCC_folheto-escola.pdf
- Braz, P., Machado, A., Roquette R. & Dias, C. M. (2021). Registo Nacional de Anomalias Congénitas: relatório 2018-2019. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, IP) <http://hdl.handle.net/10400.18/7878>
- Bruce, E. & Sundin, K. (2018). Pediatric Nurses' Perception of Support for Families With Children With Congenital Heart Defects. *Clinical Nursing Research*. 27(8), 950-966.
<https://doi.org/10.1177/1054773817713419>
- Catela, A., Laranjeira, A., Ferro, A., Vital, C., Bento, C., Trigo, C. , Ramos, C., Afonso, D., Durtado, D., Serra e Melo, D., Morais, E., Martinho, E., Martelo, F. Antunes, H., Lima, H., Figueira, I., Fragata, I., Bravio, I., Silva, ... Rodrigues, V. (2009). Cirurgia das Cardiopatias Congénitas. In Fragata J. (Ed). *Procedimentos em Cirurgia Cardiorácica* (1ª ed, p. 251-305), LIDEL
- Cerqueira, C. & Figueiredo, M. C. (2020). Modelos de Cuidados em Saúde Infantil e Pediatria: Cuidados Centrados na Família. In Ramos, A. L., Figueiredo, M. C., Néné, M. & Sequeira, C. (Eds.). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª ed, p. 28-32). LIDEL

- Choi, Y., & Lee, S. (2021). Coping self-efficacy and parenting stress in mothers of children with congenital heart disease. *Heart & Lung: The Journal of Journal of Acute and Critical Care*. 50(2), 352– 356. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2021.01.014>
- Dalir, Z., Heydari, A., Kareshki, H., & Manzari, Z. S. (2020). Coping with Caregiving Stress in Families of Children with Congenital Heart Disease: A Qualitative Study. *International journal of community-based nursing and midwifery*, 8(2), 127–139. <https://doi.org/10.30476/IJCBNM.2020.83029.1113>
- Demianczyk, A. C., Bechtel Driscoll, C. F., Karpyn, A., Shillingford, A., Kazak, A. E., & Sood, E. (2022). Coping strategies used by mothers and fathers following diagnosis of congenital heart disease. *Child: care, health and development*, 48(1), 129–138. <https://doi.org/10.1111/cch.12913>
- Fernandes. A. (2020). Cuidados Atraumáticos e dor em Pediatria. In Ramos, A. L., Figueiredo, M. C., Néné, M. & Sequeira, C. (Eds.). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª ed, p. 39-55). LIDEL
- Hoffman, M., Karpyn, A.; Christofferson, J., Neely,T.; McWhorter,L. G.; Demianczyk, A. C, James, R.; Hafer,J., Kazak, A. E.,; Sood, E. (2020). Fathers of Children With Congenital Heart Disease: Sources of Stress and Opportunities for Intervention. *Pediatric Critical Care Medicine*. 21(11), e1002- e1009 <https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000002388>
- IAC (2008). Carta da Criança Hospitalizada. https://criancasatortoeadireitos.files.wordpress.com/2020/05/carta_crianca_hospitalizada.pdf
- Kasparian, N. A., Kan, J. M., Sood, F., Wray, J., Pincus, H. & Newburger, J. W. (2019). Mental health care for parents of babies with congenital heart disease during intensive care unit admission: Systematic review and statement of best practice. *Early Human Development*. 139. 104837 <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2019.104837>
- Kim, J. & Cha, C. (2017). Experience of fathers of neonates with congenital heart disease in South Korea. *Heart & Lung: The Journal of Cardiopulmonary and Acute Care*, 46 (6), 439 – 443 <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2017.08.008>

- Lin, P.-J., Liu, Y.-T., Huang, C.-H., Huang, S.-H., & Chen, C.-W. (2021). Caring perceptions and experiences of fathers of children with congenital heart disease: A systematic review of qualitative evidence. *International Journal of Nursing Practice*, 27(5), e12952. <https://doi.org/10.1111/ijn.12952>
- Monteiro, A. J. & Cerqueira, C. (2020). Modelos de Cuidados em Saúde Infantil e Pediatria: Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey. In Ramos, A. L., Figueiredo, M. C., Néné, M. & Sequeira, C. (Eds.). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª ed, p. 33-38). LIDEL
- Monterroso, J. (s.d.). Um Grande coração: Manual da criança com doença cardíaca (4.ª ed.) OMS (2023). Anomalias Congénitas. <https://www.who.int/es/newsroom/factsheets/detail/congenital-anomalies>
- Sanayeh, M., Nourian, M., Tajalli, S., Khoshnavay Fomani, F., Heidari, A., & Nasiri, M. (2021). Resilience and Associated Factors in Mothers of Children with Congenital Heart Disease: A Cross Sectional Study. *International Journal of Community Based Nursing & Midwifery*, 9(4), 336-345. <https://doi.org/10.30476/ijcbnm.2021.89691.1630>
- Schroeder, M. L., Baker, A. L., Bastardi, H. & O'Brein, P. (2022). The Child with problems related to the production and circulation of blood: The Child with Cardiovascular Dysfunction. In Hockenberry, M., Rodgers, C. & Wilson, D. (Eds.). *Wong's essentials of Pediatric Nursing* (11ª ed., p. 736-745). ELSEVIER
- Sjostrom-Strand, A. & Terp, K. (2019). Parents' Experiences of Having a Baby With a Congenital Heart Defect and the Child's Heart Surgery. *Comprehensive child and adolescent nursing*, 42(1), 10–23. <https://doi.org/10.1080/24694193.2017.1342104>
- Wei, H., Roscigno, C. I. & Swanson, K. M. (2017). Healthcare providers' caring: Nothing is too small for parents and children hospitalized for heart surgery. *Heart & Lung* . 46 (3), 166-171 <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2017.01.007>
- Woolf-King, S. E., Anger, A., Arnold, E. A., Weiss, S. J., & Teitel, D. (2017). Mental Health Among Parents of Children With Critical Congenital Heart Defects: A Systematic Review. *Journal of the American Heart Association*, 6(2), e004862. <https://doi.org/10.1161/JAHA.116.004862>

- Wray, J., Cassedy, A., Ernst, M.M., Franklin, R. C, Castanho, K. & Marino, B, S, (2018). Psychosocial functioning of parents of children with heart disease—describing the landscape. *European Journal of Pediatrics*, 177, 1811–1821. <https://doi.org/10.1007/s00431-018-3250-7>
- Wray, J., Tregay, J., Bull, C., Knowles, R.L., Crowe, S. & Brown, K. (2018), Issues facing families of infants discharged after cardiac surgery: the perceptions of charity helpline staff. *Acta Paediatric*, 107: 1418-1426. <https://doi.org/10.1111/apa.1430>

Apêndice IX

Sessão de Formação: Cuidar da criança com cardiopatia congénita

**1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil
e Pediátrica**

**Estágio com Relatório – Unidade de Cuidados Intensivos
Neonatais e Pediátricos**

**Sessão de Formação: Cuidar da criança com cardiopatia
congénita**

Andreia Alexandra Carvalho Santos, nº 11581

Professora Orientadora:
Prof.^a Dr.^a Maria Fátima Frade

Enfermeira Orientadora:




Almada

Novembro/Dezembro 2023

ÍNDICE

NOTA INTRODUTÓRIA	3
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL	5
1.1 A Criança com Cardiopatia Congénita e sua Família	5
1.2 Anatomia e Fisiologia do Sistema cardiovascular	9
1.3 Alterações no Sistema Cardiovascular da Crianças após o nascimento....	11
1.4 Prematuridade e a Criança com Cardiopatia Congénita.....	12
1.5 Intervenção do Enfermeiro em Pediatria: Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos.....	14
2. SESSÃO DE FORMAÇÃO	22
CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38

APÊNDICES

Apêndice I – Plano da Sessão de Formação

Apêndice II – Questionário de Avaliação da Sessão de Formação

Apêndice III – Resultados da avaliação da Sessão de Formação

ANEXOS

Anexo 1 - Recomendações para o exercício físico nas Crianças com Cardiopatia Congénita

NOTA INTRODUTÓRIA

O presente trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório, do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, leccionada na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) e desenvolvido numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos.

Esta sessão de formação emerge do Projeto Formativo e do interesse da equipa de enfermagem pela problemática do mesmo, tendo sido identificada como uma necessidade formativa, considerando ser uma mais-valia para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados à criança e sua família.

Fetos com defeitos cardíacos têm maior probabilidade de nascerem prematuros e a prematuridade está associada a complicações cardíacas, como é o caso da persistência do canal arterial (Balest, 2022), sendo esta a doença cardíaca congénita mais frequente neste serviço. Percebe-se assim, a pertinência e o interesse da equipa de enfermagem pela temática da sessão de formação.

O Enfermeiro Especialista (EE) desempenha um importante papel de dinamizador de boas práticas e facilitador nos processos de aprendizagem, mobilizando, divulgando e promovendo a aquisição e incorporação de conhecimentos e habilidades, visando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados e o desenvolvimento de uma praxis baseada na melhor evidência possível para uma prestação de cuidados especializada e de excelência (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Assim, este trabalho tem como finalidades aprofundar o conhecimento da equipa de enfermagem sobre o impacto da cardiopatia congénita na criança e família, assim como do cuidado específico que esta criança necessita, evidenciando a importância da capacitação parental como estratégia promotora de saúde e bem-estar da criança, capaz de prevenir e/ou minimizar complicações associadas à doença, facilitando a adaptação da criança e família à condição crónica, uma vez que permitirá aumentar os conhecimentos e a capacidade de atuação dos pais perante situações de agudização da doença, empoderando-os para que estes consigam cuidar dos filhos, identificar e agir na presença de sinais de alerta.

Este trabalho vai de encontro com os objetivos definidos para o desenvolvimento e aquisição das competências comuns de EE e específicas Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) durante o percurso formativo (estágio), estando organizado segundo as normas de elaboração de trabalhos escritos da ESEL, seguindo as normas da *American Psychological Association 7th edition* para as citações de texto e referências bibliográficas e será dividido em três capítulos, para além da nota introdutória e das referências bibliográficas. No primeiro capítulo são definidos conceitos e é evidenciada a intervenção do enfermeiro em pediatria e a importância da capacitação parental; no segundo capítulo são apresentados os diapositivos PowerPoint realizados para a sessão e no terceiro capítulo são feitas algumas considerações finais.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

Ao longo deste capítulo será feita uma breve fundamentação e contextualização teórica do trabalho, definindo os principais conceitos do mesmo, evidenciando o impacto da cardiopatia congénita na criança e família, mobilizando um vasto conhecimento necessário para um cuidar especializado atendendo às especificidades da criança com cardiopatia congénita e sua família.

Para uma melhor compreensão da doença cardíaca congénita é essencial relembrar a anatomia e fisiologia do coração, assim como a circulação fetal e as alterações que ocorrem na circulação da criança após o nascimento.

1.1 A Criança com Cardiopatia Congénita e sua Família

A criança com cardiopatia congénita (CC) necessita de vigilância e de cuidados de saúde específicos desde muito cedo, uma vez que a cardiopatia congénita se caracteriza por malformações estruturais do coração e das grandes vasos presentes na criança ao nascer resultantes de anomalias no desenvolvimento do coração durante a gestação, existindo mais de 35 defeitos (Schroeder et al., 2009).

É a anomalia congénita mais frequente em Portugal e no mundo, com uma prevalência de 6,8 a 8 casos por cada 1000 nascimentos, sendo a principal causa de morte durante o primeiro ano de vida e de internamentos durante a infância, sendo também a principal causa de incapacidade e condição crónica em crianças com menos de 5 anos (Braz et al., 2021; Kasparian et al., 2018; Lin et al., 2021; Organização Mundial de Saúde [OMS], 2023; Sanayeh et al., 2021), com uma sobrevida média superior a 95%, razão pela qual muitas crianças atingem a vida adulta (Catela et al., 2009; Lin et al., 2021).

Por estes motivos, a criança com CC vai-se habituando ao contato regular com os profissionais de saúde e à medida que cresce vai conseguindo compreender a sua doença e tendem a apresentar uma boa adaptação à sua condição de saúde que será maior quanto maior for a adaptação da sua família à mesma e quanto melhor for a sua relação com os pais (Hesselgrave & Santucci, 2022; Monterroso, J., 2018). Uma adaptação adequada à doença permite à criança aceitar as suas limitações e condição de saúde, conseguindo ter um bom funcionamento em casa, na escola e com os pares, assumindo

as suas responsabilidades no seu autocuidado e colaborando nos tratamentos e reabilitação, expressando confiança e otimismo (Hesselgrave & Santucci, 2022).

No entanto, tal como qualquer condição crónica, a CC poderá ter repercussões no crescimento e desenvolvimento da criança de acordo com o grau de incapacidade e limitação que a doença causa a nível físico e cognitivo, e estas crianças tendem a apresentar baixa autoestima, depressão, ansiedade, isolamento social, maior dependência familiar e menor autonomia, devido em parte à superproteção dos pais, como forma de compensar o facto destas possuírem uma condição crónica, comprometendo o desenvolvimento da autonomia e independência destas crianças (Hesselgrave & Santucci, 2022; Watson et al., 2018).

Relativamente às causas deste tipo de anomalia pode afirmar-se que deve-se a uma multiplicidade de fatores, desde os ambientais aos genéticos, sendo que alguns ainda não são conhecidos. São exemplos desses fatores: doença crónica da mãe (Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus); mãe/pai com CC (risco aumentado de 3-5%); idade materna precoce ou avançada relacionada com o risco aumentado de ter crianças com alterações cromossómicas (Síndrome de Down, Síndrome de Turner, Noonan, Síndrome DiGeorge, etc) que estão sempre associados a CC; infeção materna no primeiro trimestre da gravidez (rubéola, toxoplasmose); ingestão de álcool, consumo de alguns medicamentos e de substâncias ilícitas; assim como a exposição de radiações ionizadas durante a gravidez (Baquero, 2018, Brandão et al., 2018; OMS, 2023).

O diagnóstico de uma CC num filho é uma situação de grande choque para os pais, vivenciando elevados níveis de stress, ansiedade e medo que o filho morra, sendo necessário dar espaço e tempo à família para sofrer, para depois conseguir assimilar a informação; podendo originar uma crise familiar a longo prazo, na medida que perturba o equilíbrio e dinâmica familiar relacionado com a necessidade de reajustamento de papéis dos seus membros perante as necessidades de cuidados de saúde da criança, de forma a consegui-las satisfazer e manter as restantes responsabilidades familiares, requerendo alterações no estilo de vida e consequente adaptação à condição crónica, tendo implicações emocionais, pessoais, sociais e financeiras (Hesselgrave & Santucci, 2022; Ribeiro & Calado, 2017).

O diagnóstico das cardiopatias congénitas pode ser pré ou pós-natal. O diagnóstico pré-natal ocorre aquando da realização da ecografia morfológica durante a gravidez (entre a 18 e as 21 semanas), seguindo-se a realização de um ecocardiograma fetal para um diagnóstico mais preciso do tipo de malformação existente, permitindo programar com a equipa pré-natal o nascimento e os cuidados médicos necessários para prestar a melhor assistência ao recém-nascido. O diagnóstico pós-natal ocorre após o nascimento e resulta da observação de sinais e sintomas sugestivos de anomalias congénitas: dificuldade respiratória, cansaço manifesto com a alimentação, alterações da coloração da pele, alterações na deteção do pulso ou da tensão arterial e auscultação de um sopro. Perante estas alterações clínicas a criança terá que realizar exames auxiliares de diagnóstico para confirmação do mesmo: radiografia do tórax, o eletrocardiograma e o ecocardiograma (Brandão et al., 2018).

Estima-se que as crianças com CC poderão necessitar de internamentos para otimização de regime terapêutico para controlo de sintomatologia, realização de tratamentos e exames. Em geral, tenta-se que o tratamento seja feito numa só vez, no entanto nos casos mais complexos este pode ser faseado (cirurgias em diferentes estadios e/ou cateterismo de intervenção), implicando vários internamentos para realização de exames e tratamentos (Brandão et al., 2018).

Deste modo, o impacto da CC na criança e família vai depender da gravidade do diagnóstico, do grau de incapacidade ou limitação causada na criança, dos cuidados domiciliários necessários, do aspeto físico da criança, da experiência anterior com a doença, dos mecanismos de defesa, do sistema de apoio disponível, da preexistência de problemas familiares, das crenças religiosas e culturais e dos padrões de comunicação familiares (Hesselgrave & Santucci, 2022).

De acordo com a literatura, os pais de crianças com CC apresentam elevados níveis de ansiedade e stress, sendo estes mais elevados nos pais que recebem o diagnóstico pós-natal associado ao fato de estes disporem de menos tempo para se adaptarem à situação em comparação com os pais que recebem a notícia no período pré-natal; no entanto, estes experienciam stress e ansiedade durante mais tempo (Choy & Lee, 2022; Dalir et al., 2020; Hoffman et al., 2020; Jeonghyn et al., 2017; Kasparian et al., 2018; Sanayeh et al., 2021; Wey et al., 2017; Wray et al., 2018). Estes níveis de ansiedade e stress têm repercussão na saúde e bem-estar familiar.

Numa recente revisão sistemática sobre sintomas de saúde mental em pais de crianças com CC descobriu-se que mais de 80% exibem sintomas de stress pós-traumático, 30-80% experimentam sofrimento psicológico grave e 25-50% têm depressão e/ou ansiedade (Wolf et al., 2017). Os problemas de saúde mental dos pais têm uma influência significativa na saúde e bem-estar da criança, tendo uma associação positiva com perturbações do comportamento das crianças, gestão inadequada do regime terapêutico com consequente descompensação cardíaca e necessidade de internamentos de repetição para otimização da terapêutica, sendo de extrema importância a prevenção destes (Choy & Lee, 2022; Dalir et al., 2020; Demianczyk et al., 2022; Jeonghyun et al., 2017; Lin et al., 2021; Sanayeh et al., 2021; Wray et al., 2018).

A hospitalização em unidades de cuidados intensivos logo à nascença põe em causa a vinculação devido à separação do RN dos pais, o que impossibilita que estes cuidem do seu filho e estabeleçam ligação e laços afetivos, dificultando uma transição saudável para a sua nova identidade de pais (parentalidade), sendo que o primeiro mês de vida é fundamental para o seu desenvolvimento (Kim & Cha, 2017).

O processo de vinculação implica afeto e faz-se através das experiências de interação entre pais e filhos no processo de cuidar (Chora, 2020). A forma como o processo de vinculação se desenvolve terá influência na capacidade dos pais para cuidarem dos seus filhos, atendendo às suas necessidades de crescimento, desenvolvimento e de saúde, influenciando também o desenvolvimento psicossocial e emocional da criança. É através desta ligação que os pais crescem como pais e a criança se constroi psiquicamente, ganhando confiança e autonomia através da segurança transmitida por essa ligação e desenvolvem-se de forma saudável (Ramos, 2004 citado por Chora, 2020).

A existência de outros filhos origina nos pais mais stress, pois sentem que estão a negligenciar os filhos saudáveis, e a relação conjugal poderá ficar fragilizada, uma vez que fica para segundo plano perante a doença do filho.

Segundo a literatura, os pais de crianças com CC sentem a necessidade de informação e apoio social para conseguirem lidar melhor com a situação de doença do filho e adaptarem-se ao seu novo papel de cuidadores, identificando como fundamental a sua participação durante o internamento nos cuidados ao filho e o apoio dado pelos profissionais de saúde (Bruce et al., 2018; Dalir et al., 2020; Demianczyk et al., 2022;

Kasparian et al., 2018; Sanayeh et al., 2021; Sjostrom-Strand et al., 2019; Wey et al., 2017; Wray et al., 2018).

Os irmãos têm maior probabilidade de desenvolver problemas psicossociais associado à responsabilidade de cuidar do irmão, à forma diferente como são tratados pelos pais, pelo menor tempo de lazer com a família, sentindo-se sozinhos e um misto de emoções desde o medo e preocupação com o irmão doente, até ao ciúme, raiva, ressentimento e culpa pelo seu sucesso; sendo essencial que estes sejam envolvidos nos cuidados à criança com cardiopatia congénita e que lhes seja explicada a doença para uma melhor compressão. No entanto, a relação com os irmãos pode ser protetora nas situações de crises, como são o caso de agudizações da doença e de internamento (Hesselgrave & Santucci, 2022; Watson et al., 2018).

1.2 Anatomia e Fisiologia do Sistema cardiovascular

O coração é um órgão musculoso do tamanho de um punho encerrado, responsável pela circulação sanguínea e constituído por três camadas (pericardio, miocardio e endocardio).

É formado por quatro cavidades: duas aurículas e dois ventrículos. As aurículas estão separadas pelo septo interauricular e os ventrículos pelo septo interventricular. É no septo interauricular á direita que se encontra a Fossa Oval – antiga localização do Foramen Oval da Circulação fetal, e o Seio Coronário – entrada da veia que transporta o sangue que alimentou o próprio coração. Deste modo, a aurícula direita (AD) recebe sangue de três veias (veia cava superior, veia cava inferior e a veia coronária) e a aurícula esquerda (AE) de quatro veias (duas de cada pulmão).

As aurículas e os ventrículos estão separados por válvulas que impedem o refluxo de sangue: tricúspide (direita) e a bicúspide ou mitral (esquerda). Na saída dos ventrículos também existem válvulas: válvula pulmonar (direita) e válvula Aórtica (Ao) (esquerda). Junto à válvula Ao encontramos dois orifícios que são as artérias coronárias (direita e esquerda) responsáveis pela irrigação do coração. Esse sangue volta a ser recolhido nas veias coronárias que vão terminar no seio coronário.

O coração é responsável por dois tipos de circulação:

- Circulação Sistêmica: tem como função transportar o sangue oxigenado nos pulmões que chega ao lado esquerdo do coração através das veias pulmonares para todo o corpo através da artéria Ao; e em seguida transportar o sangue venoso através das veias cavas até ao lado direito do coração;

- Circulação Pulmonar: tem como função transportar o sangue venoso que chega à AD pelas veias cavas até aos pulmões através da artéria pulmonar para ser oxigenado e em seguida transportá-lo até ao lado esquerdo do coração, dando início à circulação sistêmica.

Deste modo, as válvulas do lado esquerdo são mais perfeitas e eficientes e o ventrículo é mais grosso e com uma forma mais eficaz para a sua função de bomba, uma vez que as resistências pulmonares são mais baixas do que as resistências oferecidas pela circulação sistêmica. Por este motivo, a pressão no ventrículo esquerdo (VE) é superior do que ventrículo direito (VD) e as pressões nas aurículas é inferior do que nos ventrículos pois estas recebem o sangue e não têm que o bombear para fora do coração.

Para o coração funcionar de forma regular e rítmica, com contrações e dilatações ordenadas adequadas às necessidades do corpo é necessário um sistema que dê ordem às células para estas se contraíam ao mesmo tempo – Sistema de Condução.

Assim, o Sistema de Condução é o conjunto de células especializadas responsáveis pela geração e propagação de impulsos elétricos essenciais para a contração e dilatação ordenada das cavidades cardíacas.

O gerador do impulso é o Nódulo Sinusal, conhecido como Marca Passo fisiológico. Este está situado na AD e recebe informação do corpo para estimular mais ou menos rapidamente o coração. Este estímulo propaga-se rapidamente pelas aurículas, sendo responsável pela contração auricular, sofrendo uma pausa no Nódulo Aurículo Ventricular, uma vez que os ventrículos só devem contrair após receber o sangue das aurículas.

O Nódulo Aurículo Ventricular situa-se na zona central do coração, entre o lado direito e esquerdo e entre as aurículas e os ventrículos, sendo então responsável pela contração ventricular. O estímulo propaga-se pelos ventrículos através do Feixe de His que se divide em dois ramos principais (ramo esquerdo e direito) que atravessam o septo interventricular dando origem às Fibras de Purkinje, que são terminações finas e

ramificadas das fibras do feixe de His que se estendem por todo o miocárdio ventricular, sendo responsáveis por distribuir os impulsos elétricos aos ventrículos, fazendo com estes se contraíam de forma coordenada e eficiente.

Para compreender as especificidades do cuidar da criança com CC é fundamental conhecer a anatomia e fisiologia de um coração saudável. Este conhecimento permite ao enfermeiro uma melhor compreensão da fisiopatologia que a criança apresenta, essencial para adequar a sua intervenção às peculiaridades do problema de saúde da criança, conseguindo assim estar mais desperto para sinais de instabilidade e agir precocemente, evitando e minimizando complicações.

1.3 Alterações no Sistema Cardiovascular da Crianças após o nascimento

O feto recebe oxigénio e nutrientes através da placenta e do cordão umbilical.

A placenta é o órgão responsável pelo fornecimento de nutrientes, pelas trocas gasosas e eliminação dos resíduos provenientes do metabolismo; e o cordão umbilical faz a ligação da placenta e o feto.

Os pulmões não funcionais, uma vez que não são necessários para realizar as trocas gasosas e não se encontram expandidos, recebendo apenas uma pequena quantidade de sangue necessária para o seu desenvolvimento.

Deste modo, a circulação fetal tem algumas peculiaridades. O sangue oxigenado entra no feto pela veia umbilical, parte deste sangue vai para o sistema porta hepático e circulação do fígado e outra segue para veia cava inferior pelo Ductus venoso até á AD. Devido às pressões elevadas na AD este vai para AE através do Foramen oval e posteriormente para o VE para oxigenar o cérebro e os membros superiores, regressando ao coração através da veia cava superior, indo da AD para o VD e posteriormente para AP. Maior parte do sangue é desviado para Ao descendente através do Canal Arterial (CA) e uma pequena porção flui para os pulmões (necessária para o seu desenvolvimento), evitando assim a sobrecarga pulmonar.

Este mecanismo circulatório faz com que no feto as pressões sejam mais elevadas no lado direito que no lado esquerdo e que a resistência da AP seja superior à da Ao. O VD maneja cerca 2/3 do total do sangue pelo que é mais grosso que o VE.

Com a laqueação do cordão umbilical após o nascimento, a placenta deixa de ter função na circulação sanguínea, aumentando as pressões sistêmicas.

A expansão pulmonar dá-se ao primeiro choro da criança e o aumento da concentração de oxigênio provoca vasodilatação pulmonar, diminuindo assim a resistência pulmonar, permitindo a circulação pulmonar.

Com o aumento das pressões sistêmicas em relação às pulmonares, a pressão na AE é superior à da AD, forçando o encerramento do Foramen Oval.

O Ductus venoso e o CA vão-se fechando gradualmente com o aumento da concentração de oxigênio.

As resistências pulmonares e a pressão VD vão diminuindo progressivamente e pelo mês de vida já têm valores semelhantes aos do adulto.

Com o crescimento da criança o VE vai aumentando a sua importância adquirindo pelos 6 meses de vida dominância sobre o VD que vai persistir toda a vida.

São estas diferenças na circulação do feto que explicam que muitas crianças com malformações cardíacas graves se desenvolvem normalmente no útero da mãe e que em algumas delas a doença só se manifesta algum tempo após o nascimento, parecendo após o parto serem bebês saudáveis.

1.4 Prematuridade e a Criança com Cardiopatia Congénita

Vários estudos demonstraram que crianças com defeitos cardíacos têm maior probabilidade de nascerem prematuras, sendo esta probabilidade duas vezes superiores quando comparado com crianças sem defeitos. Os mesmos estudos evidenciaram que crianças prematuras com CC apresentam maior morbidade e uma mortalidade duas a quatro vezes superior, apresentando ainda maior risco de transtornos no neurodesenvolvimento, sendo que algumas cardiopatias congénitas estão associadas a atraso na maturação cerebral, potenciando os efeitos negativos que o nascimento prematuro tem no desenvolvimento cerebral (Laranjo, 2023).

A incidência de defeitos estruturais cardíacos em crianças prematuras é baixa. A Persistência do Canal Arterial (PCA) é a complicação cardíaca mais comum associada à prematuridade (Balest, 2022). A sua incidência é maior quanto menor for a idade

gestacional (IG) da criança, sendo o grupo de maior as crianças com IG inferior a 28 semanas e peso inferior a 1kg (Balest, 2022; Salazar et. al, 2010).

A PCA está presente em quase metade dos latentes com peso <1750g ao nascer e em cerca de 80% com peso <1000g. Um terço a metade dos latentes com PCA apresentam algum grau de insuficiência cardíaca. Cerca de 65-88% dos latentes com IG <29 semanas com síndrome de dificuldade respiratória (SDR) apresentam PCA, tendo maior risco de desenvolverem doença das membranas hialinas (DMH) e hipertensão pulmonar (HTP). No entanto, 98% dos latentes com IG >30 semanas o canal arterila encerra espontâneamente até à alta hospitalar (Balest, 2022; Roquette, 2023).

A criança com PCA apresenta um risco acrescido de endocardite associado ao *shunt* esquerdo-direito causado pela PCA, sendo que o tratamento vai depender da idade da criança e se esta apresenta sintomatologia devido ao hiperfluxo pulmonar, sobrecarga cardíaca e hipoperfusão sistêmica causada pela PCA (Salazar et. al, 2010; Roquette, 2023).

Deste modo, nos latentes sem sintomatologia pode-se aguardar alguns meses, esperando que o canal arterial se encerre espontaneamente. Nos outros casos pode-se recorrer a tratamento farmacológico, clipagem (cateterismo de intervenção) e no caso de insucesso das anteriores poderá ser encerrado através de cirurgia cardíaca (Roquette, 2023).

Relativamente ao tratamento farmacológico, este consiste na administração de medicamentos que promovem o encerramento do canal arterial através da redução dos níveis endógenos de prostanglandinas responsável pela manutenção do canal arterial (Roquette, 2023). Em Portugal, está preconizado que o tratamento farmacológico seja feito através da administração de Ibuprofeno endovenoso, deixando-se de utilizar a Indometacina, uma vez que tem menos efeitos secundários, com menor risco de enterocolite necrosante (NEC) e insuficiência renal transitória, no entanto pode causar aumento da bilirrubinemia (Salazar et. al, 2018). Noutros países, é utilizado o Paracetamol endovenoso, uma vez que este medicamento causa menos efeitos secundários e também reduz os níveis endógenos de prostanglandinas. No entanto, as doses necessárias são superiores àquelas utilizadas no tratamento da dor e febre, podendo causar hepatotoxicidade, tendo maior insucesso de tratamento nos latentes com IG mais baixas e com maior baixo peso (Pinto, 2018).

No tratamento farmacológico são realizados dois a três ciclos de Ibuprofeno endovenoso, em que cada ciclo são administradas três tomas do medicamento nas 24 horas, sendo necessário um intervalo mínimo de 48 horas entre cada ciclo. Geralmente recorre-se ao terceiro ciclo quando se aguarda encerramento através de clipagem ou cirúrgico. O tratamento farmacológico está contraindicado se a criança apresentar oligúria e/ou insuficiência renal, Trombocitopenia, hemorragia, NEC ou Sépsis. Durante o tratamento é necessário a monitorização do débito urinário, sinais de insuficiência cardíaca e de hemorragia (Salazar et. al, 2010).

No entanto, existem situações em que é necessário a manutenção do canal arterial. É o caso dos lactentes que apresentam CC dependentes do fluxo sanguíneo proporcionado pelo canal arterial. É o caso das CC em que o fluxo sistêmico depende do canal arterial (ex: Coartação da Aorta, Interrupção do Arco Aórtico, Coração esquerdo hipoplásico), da Transposição das Grandes Artérias com comunicação intra-auricular pequena e das CC em que o fluxo pulmonar depende do canal arterial (ex: Atrésia da Pulmonar, Estenose Pulmonar crítica) (Catela et al., (2010). Nestes casos, é importante manter o canal arterial até correção cirúrgica do defeito, sendo essencial limitar o aporte de oxigênio a estas crianças, uma vez que os níveis de oxigênio promovem o encerramento do canal arterial, aceitando-se saturações de oxigênio mais baixas do que as habituais, podendo ser necessário administração de prostaglandina endovenosa (alprostado). Este medicamento é administrado em perfusão contínua, devendo ser iniciada a um ritmo baixo devido ao seu efeito vasodilatador e porque pode causar apneia, indo aumentando de acordo com a tolerância da criança. Durante a sua administração é necessário vigiar sinais de hemorragia, uma vez que este medicamento é inibidor plaquetário (Catela et. al, 2010).

1.5 Intervenção do Enfermeiro em Pediatria: Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos

O enfermeiro em pediatria trabalha em parceria com a criança e família nos diferentes contextos onde a criança está inserida, proporcionando educação para a saúde, identificando e mobilizando recursos de suporte à criança/jovem e família, de forma a dar resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento, no sentido

da adequação da gestão do regime e da parentalidade, maximizando o seu potencial e a sua saúde (Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho).

A intervenção do enfermeiro em pediatria deve ter por base a filosofia dos cuidados não traumáticos de forma a minimizar o desconforto físico e psicológico associado ao ambiente hospitalar e aos procedimentos realizados pelos profissionais, e também a filosofia dos cuidados centrados no binómio criança/família, atendendo à individualidade de cada família e às suas necessidades particulares, valorizando o papel fundamental da família como principal cuidador da criança/jovem e essencial para o seu crescimento e desenvolvimento (Direção Geral de Saúde, 2013; Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho).

À luz da Teoria das Transições (Meleis, 2010), a criança com cardiopatia congénita e sua família encontram-se a passar por uma transição saúde/doença, de desenvolvimento e situacional. Estas transições caracterizam-se por momentos de instabilidade, estando relacionadas com mudanças na vida e na saúde da criança e família, que para serem ultrapassadas implicam aquisição de conhecimentos e mudança de comportamentos, para que a criança e família consigam dar resposta às necessidades de saúde e assumir as suas responsabilidades nos processos de saúde-doença.

Segundo esta teoria, o enfermeiro desempenha um papel de facilitador nos processos de transição, através de intervenções que promovam maior equilíbrio e estabilidade.

Deste modo, a capacitação parental surge como um foco de intervenção de grande importância no cuidar em pediatria.

A importância da capacitação parental é referenciada no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), evidenciando a importância de aumentar o conhecimento e a capacidade de atuação dos pais uma vez que estes são os principais cuidadores das crianças durante toda a infância (Direção Geral da Saúde [DGS], 2013).

A capacitação parental como estratégia promotora de saúde e bem-estar da criança consiste em melhorar habilidades, competências e recursos da família de forma a que esta seja capaz de satisfazer as necessidades de cada elemento (Ramos, 2020 citando Adams, 2008), sendo operacionalizada através da educação para a saúde que permitirá aumentar a literacia em saúde da família, promovendo o seu *empowerment*,

permitindo reduzir os níveis de stress e ansiedade dos pais nos processos de saúde-doença dos filhos.

Assim, pode-se afirmar que a capacitação e empoderamento parental são estratégias promotoras da saúde, bem-estar e do autocuidado da criança, capazes de prevenir complicações associadas a situações de doença, facilitando a adaptação da criança e família nos processos de saúde-doença, e por consequência permitem melhorar a qualidade dos cuidados e aumentar a satisfação da criança e família pelos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

O enfermeiro na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos desempenha um importante papel na apreciação global da criança, conseguindo identificar sinais e sintomas de alerta sugestivos de CC na criança e descompensação da mesma. No entanto, é importante salientar que:

- ✓ os sinais de doença cardíaca na criança são muitas vezes inespecíficos e podem simular outras doenças (respiratórias, neurológicas, comportamentais) (Brandão et al., 2018);
- ✓ queixas que no adulto associamos a doença cardíaca, na criança são consideradas benignas, relacionadas com estado emocional – Neurose cardíaca (Brandão et al., 2018):

- **Dor torácica:** muito frequente em crianças entre os 11-13 anos, estando relacionada com alterações de ritmo. Se queixa isolada não é indicativo de doença cardíaca, mas se for ao esforço, com palpitações e síncope devem ser encaminhados para cardiologia. As palpitações em crianças estão associadas a febre, exercício, ansiedade e anemia. Duração superior a 30' e concomitante com dor torácica, tontura ou síncope é preocupante. Frequências cardíacas inferiores a 160 bpm são tranquilizadoras pois provavelmente trata-se de taquicardias sinusais. Frequências superiores a 160 bpm têm indicação para realização ECG (Brandão et al., 2018).

- **Síncope:** nas crianças são reflexa de etiologia vaso-vagal, podendo estar associado a causa respiratória, neurológica, psicológica, metabólicas e toxicológica. Nos primeiros meses de vida é muito comum as crianças apresentarem “espasmo do choro”. Síncope de origem cardíaca (2-6%): estenose aórtica, cardiomiopatia hipertrófica, malformações nas coronárias e arritmias ventriculares. As crianças com correção de

Transposição das Grandes Artérias e correção total Tetralogia de Fallot apresentam maior risco de síncope (Brandão et al., 2018).

- **Sopros inocentes:** audíveis em caso de febre e ao esforço e a sua intensidade altera com a mudança de posição. Concomitante com má progressão ponderal, infecções respiratórias de repetição, sinais de doença cardíaca deverão ser encaminhados para cardiologia (Brandão et al., 2018).

✓ Sinais e sintomas alerta: má progressão ponderal, infecções respiratórias de repetição, cianose central, alteração da frequência cardíaca, ausência ou diminuição dos pulsos femorais, tensão arterial alterada, sinais de insuficiência cardíaca e de sopro (brandão et al., 2018).

✓ Sinais de insuficiência cardíaca: irritabilidade/prostração, cansaço nas mamadas, pouca tolerância ao esforço, anorexia, palidez, pele marmoreada, cianose, extremidades frias, sudorese, edema (periorbital), ascite, dispneia, taquicardia, hipotensão, regurgitação jugular, diminuição da diurese (Brandão et al., 2018; Schroeder et al., 2022) .

1.5.1 Cuidados de Enfermagem à Criança com Cardiopatia Congénita e sua Família numa UCIN e Pediátrica

Cuidar de uma criança com cardiopatia congénita em contexto de cuidados intensivos implica a mobilização de um vasto conhecimento devido às possíveis complicações que podem advir e á diversidade de atitudes terapêuticas necessárias para o seu cuidado, visando a estabilidade das funções vitais, prevenção e deteção precoce de complicações. Deste modo, o enfermeiro deverá estar atento aos sinais e sintomas de alerta anteriormente referidos, e deverá ter em atenção as seguintes intervenções terapêuticas:

➤ Monitorização dos Sinais Vitais

○ **Tensão Arterial (TA):** permite avaliar indiretamente a função sistólica ventricular e estima a pós-carga (resistência sistêmica). Importante manter Pressão Arterial Média ≥ 50 mmHg. Se um lactente apresentar diferencial significativo (20-30 mmHg) de TA nos quatro membros é importante investigar a causa, pois poderá tratar-

se de uma Coartação da Aorta. Nas crianças com diagnóstico de Coartação Ao é importante avaliação de TA nos quatro membros uma vez/turno. Aumento do diferencial indica agravamento da Coartação da Ao.

- **Frequência Cardíaca:** amplitude dos pulsos (ausência – amplos e cheios);
- **Frequência respiratória;**
- **SatO2:** avaliar eficácia ventilação e a perfusão periférica. Em caso de má perfusão esta avaliação não é viável para avaliar a ventilação, sendo necessário confirmar por gasimetria.

- **Temperatura:** indicador indireto do Débito Cardíaco (DC) e da perfusão periférica (temperatura e coloração das extremidades, tempo de enchimento capilar). Avaliar central e periférica – hipotermia periférica e hipertermia central → sinal de alerta para diagnóstico de síndrome de baixo débito cardíaco. É importante o controlo da temperatura ambiental, uma vez que o frio agrava o esforço respiratório, aumentando as demandas cardíacas e o calor/febre agravam as crises cianóticas

- **Dor:** importante controlo da dor de forma a reduzir o esforço cardíaco e respiratório.

➤ **Monitorização de ECG:** essencial para deteção de arritmias. Alterações de ritmo poderão surgir nas crianças com CC ou com cirurgia cardíaca prévia. Existem três tipos de arritmias; taquicardias, bradicardias e ritmos irregulares. Perante alterações de ritmo é importante realizar um Ionograma, avaliando a necessidade de correção eletrolítica, nomeadamente caliémia. O tratamento é fundamental para prevenir a insuficiência cardíaca ou o seu agravamento. Na monitorização do ECG há que ter atenção a alguns aspetos:

- Colocação dos elétrodos: a incorreta colocação poderá originar má captação do ritmo cardíaco e consequentemente más interpretações do mesmo.

- Derivação de leitura: existem 12 derivações de leitura de ritmo cardíaca. Em cada uma delas o ritmo é captado de determinada zona do coração, permitindo assim perante alterações no traçado cardíaco detetar a zona de lesão;

- Interpretação ECG: frequência, se o ritmo é regular; há onda P, complexos QRS amplos ou estreitos, relação onda P e complexo QRS, segmento ST:

- ✓ **Onda Q anormal:** enfarte antigo ou recente;

- ✓ **Supra-desnívelamento ST:** Isquemia miocárdio, sobrecarga VE, pericardite, hipercaliémia;
- ✓ **Infra-desnívelamento ST:** Hipocaliémia, digoxina, isquemia subendocárdica;
- ✓ **Onda T invertida:** enfarte anterior e atual;
- ✓ **Onda U** (pós-despolarização ventricular): hipocaliémia, hipomagnesiémia, isquémia, QT longo.

➤ Monitorização do Peso e Perímetro abdominal: essencial para avaliar a ascite e edemas da criança, assim como a necessidade de aumentar terapêutica diurética;

➤ Monitorização eliminação urinária;

➤ Vigilância da eliminação intestinal: a distensão abdominal causada por flatulência ou obstipação pode causar ou dificultar a respiração principalmente nos recém-nascidos e lactentes, uma vez que esta vai dificultar a contração e distensão do diafragma que é um músculo essencial na respiração;

➤ Ventilação e Oxigenoterapia: importante para reduzir o esforço respiratório da criança. Ter atenção às cardiopatias congénitas que causam cianose: são aceitáveis satO2 mais baixas entre os 75%-92%. A HTP poderá estar presente em algumas crianças com cardiopatias congénitas, principalmente aquelas em que há *shunt* esquerdo-direito devido ao aumento do fluxo pulmonar ou aumento das resistências pulmonares, caracterizando por pressões na artéria pulmonar (AP) > 25mmHg, causando sobrecarga ventricular direita. O aumento súbito de pressão na AP causa uma queda do débito sistêmico, havendo risco de colapso ou morte da criança. Na criança ventilada, poderá ser necessário administração de óxido nítrico, uma vez que o seu efeito vasodilatador ajuda a diminuir a pressão na AP. O sildenafil é o medicamento de eleição no tratamento da HTP nas crianças. Muitas vezes, recorre-se à administração de suporte vasodilatador e inotrópico (ex: Milrinona) uma vez reduzem as resistências vasculares. Antes das aspirações de secreções poderá ser necessário administração de sedação e curarização, sendo importante fazer uma hiper-oxigenação (Catela et. al, 2010);

➤ Elevação da cabeceira da cama: facilita a respiração a síndrome de dificuldade respiratória que poderá surgir em algumas cardiopatias congénitas;

- Repouso: diminuir o esforço cardíaco;
- Hidratação: maior importância nas crises cianóticas pelo risco acrescido de fenômenos tromboembólicos;
- Alimentação: A alimentação na criança com CC causa cansaço, fazendo com que esta apresente recusa alimentar. No recém-nascido e lactente poderá ser necessário colocação de sonda gástrica para alimentar a criança, evitando o cansaço causado pelas mamadas. Deve-se oferecer à criança menor quantidade nas refeições mas de forma mais frequente. Importante aumentar o aporte calórico para compensar maior gasto calórico característico da descompensação da doença.
- Administração de terapêutica:
 - Sedação e analgesia;
 - Inotrópicos: melhorar DC (pré e pós-carga), contratilidade, ritmo e frequência;
 - Vasodilatadores: modelar as resistências periféricas.
- Orientações antecipatórias aos pais sobre:
 - Sinais e sintomas de IC ou de agudização da doença que justifiquem a procura de cuidados;
 - Medicação: para que servem, efeitos secundários, dosagem, horário de administração;
 - Atividade física: é uma das funções básicas humanas, que na criança é necessária para o desenvolvimento de habilidades motoras assim como para o desenvolvimento músculo-esquelético, força muscular, da capacidade cardiorrespiratória e saúde óssea (Silva, 2017, p.5), não havendo evidência da necessidade de restrição da atividade física nas crianças com CC. Assim, esta deve ser promovida de forma a não comprometer o desenvolvimento motor. No entanto, poderão ser necessárias restrições até correção da cardiopatia, se existem defeitos residuais ou alterações de ritmo associado a atividade física (Brandão et. al, 2018). Em caso de dúvida, aguardar pela consulta com cardiologista (Anexo I);
 - Alimentação: explicar aos pais que a alimentação pode causar cansaço à criança com CC, podendo esta apresentar recusa alimentar. Importante respeitar a

vontade e os sinais de cansaço da criança, sendo importante oferecer menor quantidade de comida mas de forma mais frequente durante o dia. Nos lactentes poderá ser necessário recorrer a tetinas de fluxo regulável de forma a minimizar o cansaço da criança nas mamadas;

- Vacinação: a criança com CC deverá cumprir o Plano Nacional de Vacinação, sendo que as crianças com algum grau de imunodeficiência não devem fazer vacinas com vírus atenuados: BCG, VASPR; Varicela, Rotavírus. São ainda recomendadas outras vacinas:

- ✓ Vacinação anti VSR (crianças até aos 2 anos): o início da profilaxia em setembro/outubro com frequência mensal até ao fim do período epidémico (março/abril);
- ✓ Vacinação trivalente contra a gripe (crianças a partir dos 6 meses): Dose anual (Outubro/novembro), no entanto se a primeira vacinação ocorre até aos 8 anos fazer segunda toma quatro semanas após a primeira;
- ✓ Vacina anti-pneumocócia - PN 23 (crianças com apenia funcional).

É importante informar os pais que a criança não deve fazer vacinas três a quatro semanas antes e depois de procedimento de cateterismo ou cirurgia (Brandão et. al, 2018).

2. SESSÃO DE FORMAÇÃO



Cuidar da criança com cardiopatia congénita

Docente Orientadora: Maria de Fátima Graça Frade

Andreia Alexandra Carvalho Santos n.º 11581



Fonte: Google Image

1

Índice

- Circulação Fetal e alterações no Sistema Cardiovascular da Criança após o nascimento
- Doenças cardiovasculares na criança: Cardiopatias congénitas e Cardiopatias adquiridas
- A criança com cardiopatia congénita (CC):
 - Definição de CC e Epidemiologia
 - Cuidados de enfermagem à criança com CC e sua família
- Considerações Finais
- Referências Bibliográficas



Fonte: Google Image

2

Objetivos



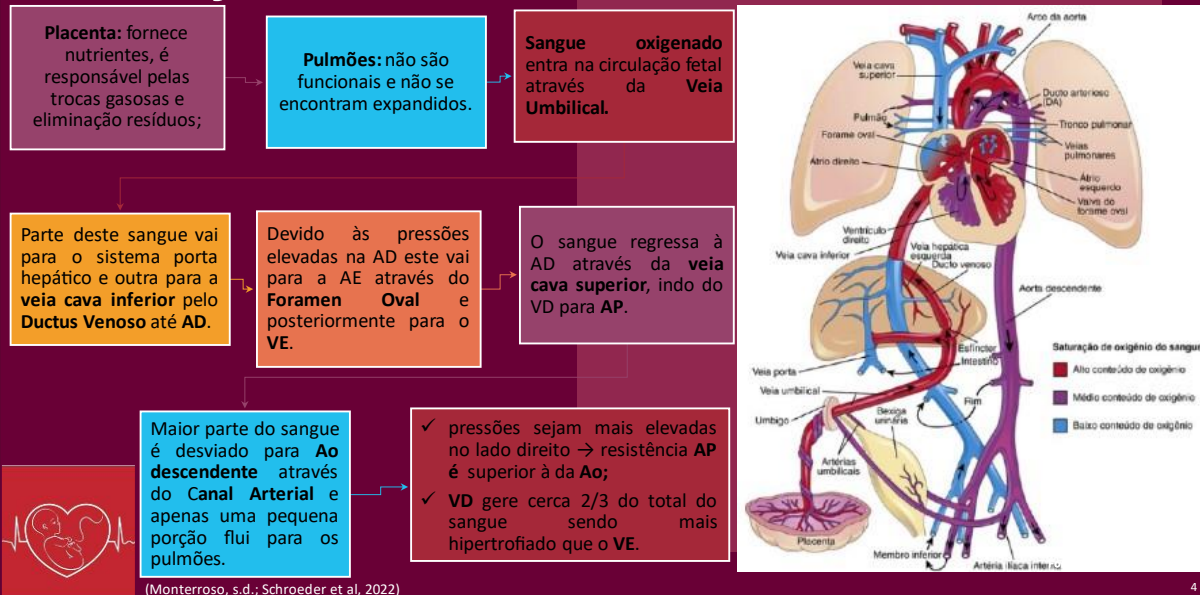
Objetivo Geral:	Aprofundar o conhecimento da equipe de enfermagem sobre o impacto da cardiopatia congênita (CC) na criança e família.
Objetivos Específicos:	- Relembrar aspectos sobre a circulação fetal e as alterações que ocorrem no sistema cardiovascular da criança após o nascimento; - Definir a doença cardiovascular na criança; - Relembrar o conceito de CC, epidemiologia, fisiopatologia, principais causas e tipo de tratamento; - Relacionar a prematuridade e a criança CC; - Identificar os sinais e sintomas de instabilidade e de alerta na criança com CC; - Descrever as atitudes terapêuticas perante situações de instabilidade da criança com CC; - Sensibilizar para a importância da capacitação parental no cuidado à criança com CC; - Refletir sobre a intervenção do enfermeiro na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos no cuidado à criança com CC e família.



Fonte: Google Image

3

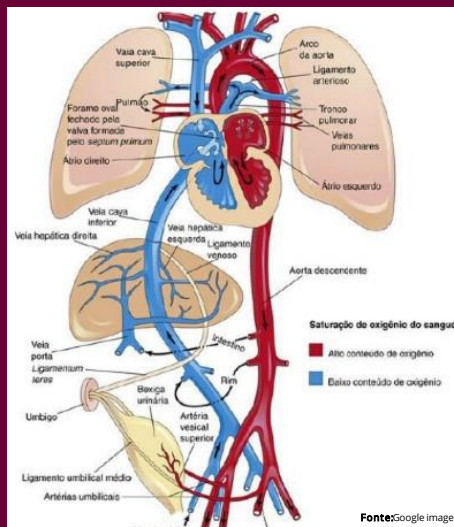
Circulação Fetal



(Monterroso, s.d.; Schroeder et al, 2022)

4

Alterações no Sistema Cardiovascular da Criança após nascimento



(Monterroso, s.d.; Schroeder et al, 2022)

Laqueação do cordão umbilical: placenta fica excluída da circulação

Expansão pulmonar: dá-se com o primeiro choro da criança, diminuindo a resistência pulmonar, permitindo a circulação pulmonar.

O aumento da pressão AE obriga o **Foramen Oval** fechar.

O **Ductus Venoso** e o **CA** vão-se fechando gradualmente.

As resistências pulmonares e a pressão **VD** vão diminuindo progressivamente e pelo mês de vida já têm valores semelhantes aos do adulto.

Com o crescimento da criança o **VE** vai aumentando a sua importância adquirindo pelos 6 meses de vida dominância sobre o **VD** que vai persistir toda a vida.

5

Doenças Cardiovasculares na Criança



Fonte: Google image

Cardiopatias Congénitas

- Malformações do coração e dos grandes vasos presente à nascença associadas a anomalias no desenvolvimento cardíaco durante a gestação.

Cardiopatias Adquiridas

- Desenvolvem-se após o nascimento, frequentemente associadas a infecções, respostas autoimunes, fatores ambientais e hereditários.
- Doença de Kawasaki: causa mais comum de cardiopatia adquirida em crianças, podendo causar vasculite das coronárias e quadros de insuficiência cardíaca, pericardite, miocardite e regurgitação valvular. Mais comum no sexo masculino entre os 6 meses e os 5 anos.
- Risco Cardiovascular: Fatores e comportamentos de risco

(Brandão et al., 2018; Schroeder et al, 2022)

6

A Criança com Cardiopatia Congénita

Epidemiologia

- ✓ É a anomalia congénita mais frequente;
- ✓ Prevalência de 6,8 a 8 casos por cada mil nascimentos;
- ✓ Em Portugal: tendência de redução de casos;
- ✓ Principal causa de mortalidade no 1.º ano de vida, de internamento hospitalar durante a infância, de incapacidade e condição crónica em crianças até aos 5 anos;
- ✓ Diagnóstico Pré ou Pós-natal;
- ✓ Clinicamente podem ser divididas em 3 tipos: alterações estruturais, alterações da função e alterações de ritmo;
- ✓ Sobrevida superior a 95%.

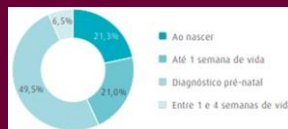


Figura 3 – Momento do diagnóstico de Cardiopatia congénita (%), RENAC 2018/2019

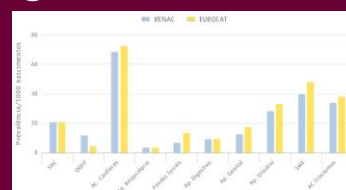


Figura 1 – Prevalência Cardiopatia congénita em comparação com as outras anomalias congénitas, RENAC 2018/2019

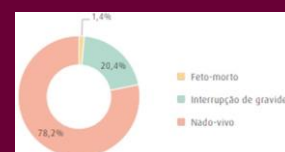


Figura 2 – Cardiopatia congénita e gestação (%), RENAC 2018/2019

(Brandão et al., 2018; Catela et al., 2009; Kasparian et al., 2018; Lin et al., 2021; OMS, 2023; Sanayeh et al., 2021)

7

A Criança com Cardiopatia Congénita

Causas



Fonte: Google image

- ✓ Doença crónica da mãe (HTA, DM, Lúpus eritematoso sistémico);
- ✓ Mãe/pai com cardiopatia congénita;
- ✓ Idade materna precoce ou avançada;
- ✓ FIV;
- ✓ Infecção materna no 1.º trimestre da gravidez (rubéola, toxoplasmose);
- ✓ Ingestão de álcool, consumo de alguns medicamentos e de substâncias ilícitas;
- ✓ Exposição de radiações ionizantes durante a gravidez .

(Baquero, 2018; Brandão et al., 2018; OMS, 2023)

8

A Criança com Cardiopatia Congênita

Classificação

Fisiopatologia:



Fonte: Google image

✓ Cardiopatias em que existe *shunt* esquerdo-direito:
↑ fluxo pulmonar → Insuficiência cardíaca

✓ Cardiopatias em que existe *shunt* direito-esquerdo:
↓ fluxo pulmonar → Cianose



Fonte: Google image

✓ Cardiopatias com lesão obstrutiva (estenoses):

Esquerda: Insuficiência cardíaca

Direita: Cianose



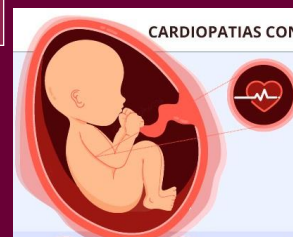
Fonte: Google image

✓ Cardiopatias congênitas complexas (mistura de defeitos):

Hipoxemia (com ou sem cianose)

Insuficiência cardíaca

(Alda et al., 2009; Brandão et al., 2018; Schroeder et al, 2022)



Fonte: Google image

9

A Criança com Cardiopatia Congênita

Tratamento

✓ Irá depender da gravidade do defeito:



Cirurgia



Cateterismo de intervenção



Regime terapêutico

✓ 1 em cada 4 necessita de tratamento cirúrgico/cateterismo de intervenção ao nascer ou durante o 1º ano de vida;

✓ Seguimento em ambulatório;

✓ Casos mais complexos: tratamento faseado.



Fonte: Google image

(Brandão et al., 2018)

10

A Criança com Cardiopatia Congênita

Prematuridade

- ✓ Fetos com defeitos congênitos estruturais têm maior probabilidade de nascerem prematuramente;
- ✓ A incidência de cardiopatia congênita em prematuros é baixa;
- ✓ Complicação cardíaca mais comum associada à prematuridade é a Persistência do Canal Arterial (PCA):
 - Incidência maior quanto menor for a IG;
 - Presente em quase metade dos lactentes < 1.750g ao nascer e em cerca 80% com peso < 1.000g;
 - 1/3 a metade dos RN com PCA apresentam algum grau de insuficiência cardíaca;
 - Cerca de 65-88% de Prematuros ≤ 29 semanas de gestação que apresentam SDR têm PCA, aumentando o risco de DMH e HTP;
 - 98% das crianças que nascem com IG > 30 semanas o CA encerra espontaneamente até alta hospitalar.



Fonte: Google Image

(Balest, 2022; Roquete, 2023; Salazar, et al., 2010)

11

A Criança com Cardiopatia Congênita

Persistência Canal Arterial - Tratamento



- ❖ Farmacológico (Ibuprofeno ev): 2 a 3 ciclos (3 tomas/24h) , intervalo mínimo de 48h entre cada ciclo:



Oligúria/IR, Trombocitopenia, Hemorragia, NEC, Sepsis.

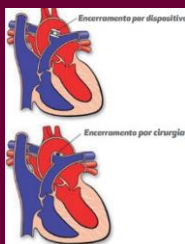


Monitorização diurese, sinais ICC e de hemorragia.

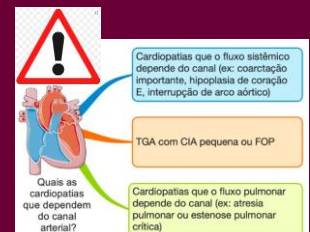
- ❖ Cirúrgico: clipagem ou laqueação cirúrgica (RN termo).

- ❖ Contra-indicado em algumas cardiopatias congênitas:

- Se possível manter FiO2 21%;
- Perfusão de prostaglandina (Prostin®).



Fonte: Google image



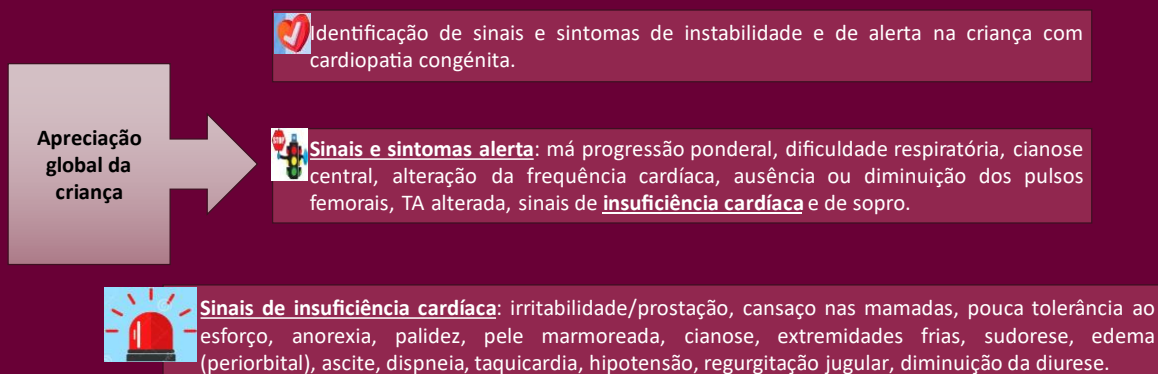
Fonte: Google image



(Salazar et al., 2010)

12

Cuidados de enfermagem à criança com cardiopatia congénita e sua família

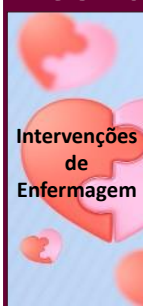


Fonte: Google image

(Brandão et al., 2018; Schroeder et al, 2022)

13

Cuidados de enfermagem à criança com cardiopatia congénita e sua família



Intervenções de Enfermagem

CoAo:

- ✓ Diferencial entre membros superiores e inferiores
- ✓ ≠ Pulsos periféricos

Monitorização Sinais Vitais:

- ✓ **Tensão Arterial:** permite avaliar indiretamente a função sistólica ventricular e estima a pós-carga (resistência sistêmica). PAM $\geq$ 50 mmHg;
- ✓ **Frequência Cardíaca:** amplitude dos pulsos (ausência – amplos e cheios);
- ✓ **Frequência respiratória;**
- ✓ **SatO2:** avaliar eficácia ventilação e a perfusão periférica;
- ✓ **Temperatura:** indicador indireto do DC e da perfusão periférica (temperatura e coloração das extremidades, tempo de enchimento capilar). Avaliar central e periférica – hipotermia periférica e hipertermia central → sinal de alerta para diagnóstico de síndrome de baixo débito cardíaco;
- ✓ **Dor**



Fonte: Google image

Pressão Venosa Central

- ✓ Permite avaliar indiretamente as condições pré-carga ventricular;
- ✓ Manter 10-15 mmHg;
- ✓ Valores ↑ refletem disfunção ventricular
- ✓ Restrição hídrica e diuréticos.

(Alda et al., 2009; Schroeder et al, 2022)

14

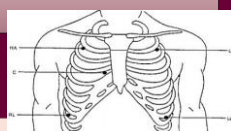
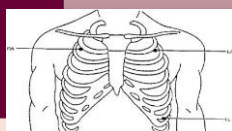
Cuidados de enfermagem à criança com cardiopatia congénita e sua família



Intervenções de Enfermagem

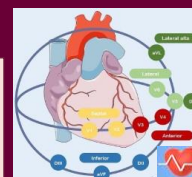
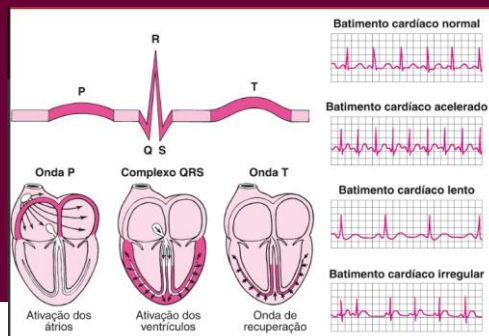
Monitorização ECG:

- ✓ Detectar arritmias;
- ✓ Perante alterações de ritmo – Ionograma – correção eletrolítica, nomeadamente caliémia.



- ✓ **Onda Q anormal:** enfarte antigo ou recente;
- ✓ **Supra-desnivelamento ST:** Isquemia miocárdio, sobrecarga VE, pericardite, hipercaliémia;
- ✓ **Infra-desnivelamento ST:** Hipocaliémia, digoxina, isquemia subendocárdica;
- ✓ **Onda T invertida:** enfarte anterior e atual;
- ✓ **Onda U (pós-despolarização ventricular):** hipocaliémia, hipomagnesiémia, isquémia, QT longo.

(Alda et al., 2009; Brandão et al., 2018; Schroeder et al, 2022)



Fontes: Google image

15

Cuidados de enfermagem à criança com cardiopatia congénita e sua família



Complicações



Arritmias:

- ✓ Etiologia: alterações fisiológicas, desequilíbrio eletrolítico, doença cardíaca, cirurgia cardíaca prévia;
- ✓ 3 tipos: taquicardia, bradicardia e ritmos irregulares;
- ✓ Taquicardia supraventricular, Taquicardia junctional, Fibrilhação auricular, Taquicardia ventricular, Síndrome QT longo, Extrassístoles
- ✓ Dor torácica, palpitações, síncope;
- ✓ Tratamento fundamental para prevenir IC ou o seu agravamento.

(Alda et al., 2009; Brandão et al., 2018; Schroeder et al, 2022)

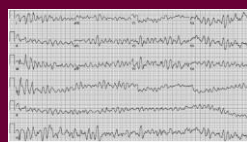


Figura 9: Fibrilhação Ventricular, Google image



Figura 8: Taquicardia Ventricular, Google image



Figura 7: Flutter Auricular, Google image

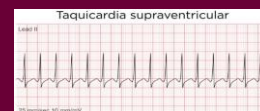


Figura 4: Google image



Figura 5: Taquicardia Junctional: A - Onda P negativa antes do QRS; B - Onda P após QRS; C - Ausência onda P, Google image



Figura 6: Fibrilhação Auricular, Google image

16

Cuidados de enfermagem à criança com cardiopatia congénita e sua família



Intervenções de Enfermagem

✓ **Ventilação e Oxigenoterapia:** otimização da ventilação e oxigenação na insuficiência respiratória.

✓ **Repouso**

✓ **Elevação da cabeça da cama**



Crises cianóticas.

Gasimetria:

- ✓ Acidose metabólica persistente – Baixo DC.
- ✓ Lactatos: níveis persistentemente elevados ($>20\text{mg/dl}$) indicador de disfunção miocárdio. RN e lactentes é um marcador de risco e morte. Crianças HD estáveis mas com lactatos a subir é importante investigar para excluir tamponamento.



(Alda et al., 2009)

17

Cuidados de enfermagem à criança com cardiopatia congénita e sua família



Fonte: Google image

Complicações



Hipertensão Pulmonar:

- ✓ Pressão AP $>25\text{ mmHg}$;
- ✓ Causas: $\uparrow$ resistência arteriolar, fluxo pulmonar elevado ou $\uparrow$ pressão venosa pulmonar;
- ✓ Risco acrescido nas cardiopatias com shunt E-D e fluxo pulmonar elevado;
- ✓ Provoca sobrecarga ventricular direita;
- ✓ Crise HTP: aumento súbito da pressão da AP, provocando queda do débito sistêmico;
- ✓ Risco de colapso ou morte;
- ✓ Pré-oxigenação antes das aspirações de secreções.

(Alda et al., 2009; Brandão et al., 2018; Schroeder et al., 2022)

18

Cuidados de enfermagem à criança com cardiopatia congénita e sua família



Administração de líquidos e eletrólitos:

- ✓ Restrição hídrica;
- ✓ Hidratação;

Alimentação:

- ✓ Aporte calórico ajustado ao gasto energético;
- ✓ Fracionar refeições: oferecer menor quantidade, aumentar número de refeições

(Alda et al., 2009; Schroeder et al, 2022)

19

Cuidados de enfermagem à criança com cardiopatia congénita e sua família



Monitorização eliminação urinária:

- ✓ Avaliação da função renal e indiretamente DC;
- ✓ >1ml/Kg/h.

Vigilância eliminação intestinal:

- ✓ Distensão abdominal.

Monitorização Peso/Perímetro abdominal:

- ✓ Avaliação edema e ascite: sinais de sobrecarga hídrica.

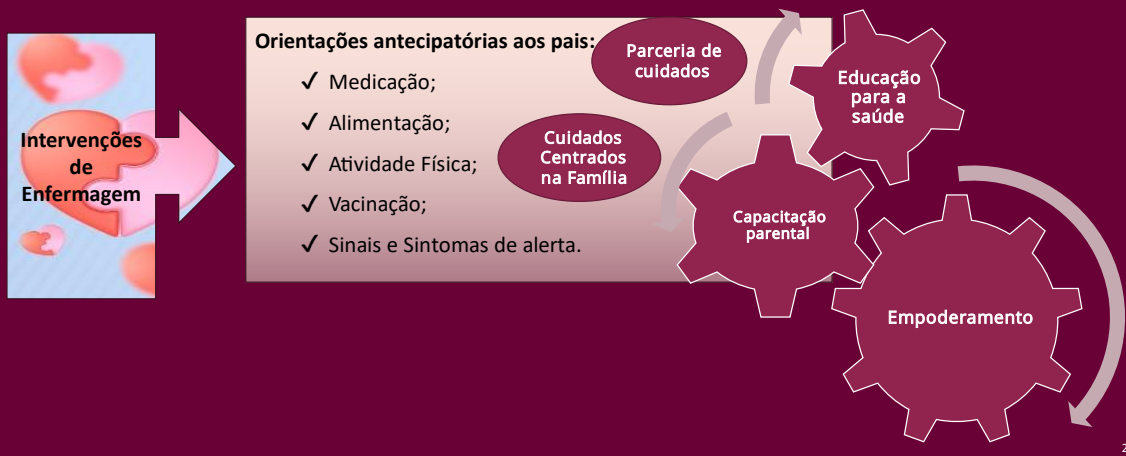
Administração terapêutica:

- ✓ Sedação e analgesia;
- ✓ Inotrópicos: melhorar DC (pré e pós-carga), contratilidade, ritmo e frequência;
- ✓ Vasodilatadores: modular as resistências periféricas.

(Alda et al., 2009; Schroeder et al, 2022)

20

Cuidados de enfermagem no cuidado à criança com cardiopatia congénita e sua família



Fonte: Google Image

Considerações Finais

Criança com cardiopatia congénita:

- ✓ Vigilância e cuidados de saúde especiais;
- ✓ Estabilidade/Agudizações

Mobilização de conhecimento:

- ✓ Identificação de sinais e sintomas de instabilidade e de alerta;
- ✓ Monitorização e vigilância hemodinâmica.

Minimizar agudizações, complicações, incapacidade, sequelas, sofrimento, ansiedade e morte precoce.

Adaptação à doença

Maximização da saúde, bem-estar e autocuidado da criança



Referências Bibliográficas

- Balest, A. (2022, outubro). *Prematuros*. Manual MSD. <https://www.msdmanuals.com/pt-pt/profissional/pediatria/problemas-perinatais/prematuros>
- Baquero, L. (2018). Um em cada 100 bebés nasce com um defeito no coração?. Hospital Cruz Vermelha. <https://www.hospitalcruzvermelha.pt/saude-bem-estar/umemcada100bebesnascecomumdefeitonocorao>
- Brandão, C., Abreu, S. & Pinto, F. (2018). Cardiopatias congénitas: informação para os pais. Centro de Referência de Cardiopatias Congénitas do CHULC. https://www.chlc.min-saude.pt/wpcontent/uploads/sites/3/2019/09/CRCC_folheto-pais-1.pdf
- Brandão, C., Abreu, S. & Pinto, F. (2018). Tenho uma cardiopatia congénita... Guia de apoio à escola. Centro de Referência de Cardiopatias Congénitas do CHULC. https://www.chlc.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2019/09/CRCC_folheto-escola.pdf
- Brandão, C., Abreu, S. & Pinto, F. (2018). A doença cardiovascular em idade pediátrica. Orientações de prática clínica e referência. Centro de Referência de Cardiopatias Congénitas do CHULC. https://www.chlc.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2019/09/CRCC_folheto-medicos-assistentes.pdf
- Braz, P., Machado, A., Roquette R. & Dias, C. M. (2021). Registo Nacional de Anomalias Congénitas: relatório 2018-2019. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, IP) <http://hdl.handle.net/10400.18/7878>
- Catela, A., Laranjeira, A., Ferro, A., Vital, C., Bento, C., Trigo, C., Ramos, C., Afonso, D., Durtado, D., Serra e Melo, D., Morais, E., Martinho, E., Martelo, F., Antunes, H., Lima, H., Figueira, I., Fragata, I., Bravio, I., Silva, ... Rodrigues, V. (2009). Cirurgia das Cardiopatias Congénitas. In Fragata J. (Ed). Procedimentos em Cirurgia Cardiorádica (1ª ed, p. 251-305), LIDEL
- Monterroso, J. (s.d.). Um Grande coração: Manual da criança com doença cardíaca (4.ª ed.)

23

Referências Bibliográficas

- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesippdf
- OMS (2023). Anomalias Congénitas. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/congenitalanomalies>
- Pinto, R. (2018). Persistência do Canal Arterial em Recém-nascidos Pré-termo. (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina de Lisboa). Repositório da Universidade de Lisboa <https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/42544/1/RicardoRPinto.pdf>
- Roquete, J. (2023, janeiro 12). Persistência do Canal Arterial. Hospital da Luz. <https://www.hospitaldaluzpt/pt/dicionario-de-saude/persistencia-canal-arterial>
- Salazar, A., Guedes, A., Álvares, S., Baptista, M. J., Soares, P., Morais, S., Pires, A., Tiago, J., Andrade, H., Fernandes, E., Sampaio, M. A., Anjos, R., Chaves, F. & Proença, E. (2010). Consenso nacional abordagem diagnóstica e terapêutica da persistência do canal arterial no recém-nascido pré-termo. Sociedade Portuguesa de Pediatria http://www.spp.pt/userfiles/file/protocolos/persistencia_canal_arterial_rn_pre_termo2010.pdf

24

Obrigada pela atenção!



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho foi elaborado para dar resposta aos seguintes objetivos delineados para o contexto de estágio Unidade de Cuidados Neonatais e Pediátricos:

2) Desenvolver competências específicas para promover a capacitação parental no cuidado à Criança/Jovem com cardiopatia congénita:

2.1) Promover a adaptação e a capacitação parental ao processo saúde-doença do RN doente ou com necessidades especiais e especificamente ao RN com cardiopatia congénita;

2.2) Sensibilizar a equipa de enfermagem para o cuidado especializado à criança com cardiopatia congénita e sua família.

A realização da sessão de formação surgiu de uma necessidade formativa identificada na equipa de enfermagem relativamente ao cuidado à criança com cardiopatia congénita e sua família, uma vez que esta equipa cuida desta criança e sua família com alguma frequência e por esta equipa ser constituída por elementos jovens com pouca experiência no cuidados destas crianças.

Para a realização desta formação tive a necessidade de adequar a temática ao contexto, principalmente à neonatologia, procurando evidenciar a relação da prematuridade e a cardiopatia congénita, incidindo nas possíveis complicações que podem advir e nas intervenções de enfermagem para cuidar da criança com cardiopatia congénita e sua família atendendo ao contexto de estágio, tendo sido bastante exigente e desafiador, devido ao curto espaço de tempo que tive entre conhecer o ambiente de cuidados do mesmo e a elaboração da sessão de formação.

Deste modo, a elaboração deste trabalho contribuiu para o desenvolvimento das minhas aprendizagens profissionais e autoconhecimento (D — Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais: D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; D1.2 — Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional, Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Ao preparar esta formação também consegui desenvolver competências de EESIP, nomeadamente as seguintes unidades de competências: E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem - E1.1.4. Proporciona conhecimento e

aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença; E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados; E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade; E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais (Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho).

Foram realizadas duas sessões formativas na modalidade presencial e por videoconferência. Uma delas foi realizada no centro de formação do hospital e outra na biblioteca. Apesar do interesse demonstrado pela equipa houve pouca afluência às mesmas, quatro colegas em cada sessão (Apêndice III). A caracterização dos formandos é feita nos Gráficos 1, 2 e 3 (Apêndice III).

Durante a sessão os formandos mostraram-se bastante atentos e interessados nas informações transmitidas, tendo esta decorrido dentro do tempo estipulado.

No final das sessões os formandos colocaram questões pertinentes, demonstrando interesse pela temática, agradecendo a sessão realizada, afirmando a sua pertinência para a melhoria dos seus cuidados. Foi-me solicitado pela Enf.^a responsável pela formação em serviço que deixasse o trabalho efetuado para futuras consultas.

Terminada a sessão foi entregue a cada formando a Ficha de Avaliação da Sessão de Formação (Apêndice II). De acordo com as respostas dadas pode-se concluir que a sessão foi considerada como pertinente, tendo ido ao encontro das expectativas dos formandos (Apêndice III).

Com a realização destas sessões formativas consegui dinamizar boas práticas no cuidado à criança com cardiopatia congénita e sua família, facilitando o processo de aprendizagem, através da mobilização e divulgação de informação pertinente, promovendo assim a aquisição e incorporação de conhecimentos e habilidades, de forma a melhorar a qualidade dos cuidados prestados e visando o desenvolvimento de uma praxis baseada na melhor evidência possível para uma prestação de cuidados especializada e de excelência à criança com cardiopatia congénita e sua família (B1 — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas

institucionais na área da governação clínica: B1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade; D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica: D2.1 — Responsabiliza -se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, Regulamento n.º 140/2019, 2019).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Balest, A. (2022, outubro). *Prematuros*. Manual MSD. <https://www.msdmanuals.com/pt-pt/profissional/pediatria/problemas-perinatais/prematuros>
- Baquero, L. (2018). *Um em cada 100 bebés nasce com um defeito no coração?*. Hospital Cruz Vermelha. <https://www.hospitalcruzvermelha.pt/saude-bem-estar/umemcada100bebesnascecomumdefeitonocoracao>
- Brandão, C., Abreu, S. & Pinto, F. (2018). *Cardiopatias congénitas: informação para os pais*. Centro de Referência de Cardiopatias Congénitas do CHULC. https://www.chlc.min-saude.pt/wpcontent/uploads/sites/3/2019/09/CRCC_folheto-pais-1.pdf
- Brandão, C., Abreu, S. & Pinto, F. (2018). *Tenho uma cardiopatia congénita... Guia de apoio à escola*. Centro de Referência de Cardiopatias Congénitas do CHULC. https://www.chlc.min-saude.pt/content/uploads/sites/3/2019/09/CRCC_folheto-escola.pdf
- Brandão, C., Abreu, S. & Pinto, F. (2018). *A doença cardiovascular em idade pediátrica. Orientações de prática clínica e referência*. Centro de Referência de Cardiopatias Congénitas do CHULC. https://www.chlc.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2019/09/CRCC_folheto-medicos-assistentes.pdf
- Braz, P., Machado, A., Roquette R. & Dias, C. M. (2021). *Registo Nacional de Anomalias Congénitas: relatório 2018-2019*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, IP) <http://hdl.handle.net/10400.18/7878>
- Bruce, E. & Sundin, K. (2018). Pediatric Nurses' Perception of Support for Families With Children With Congenital Heart Defects. *Clinical Nursing Research*. 27(8), 950-966. <https://doi.org/10.1177/1054773817713419>
- Catela, A., Laranjeira, A., Ferro, A., Vital, C., Bento, C., Trigo, C. , Ramos, C., Afonso, D., Durtado, D., Serra e Melo, D., Morais, E., Martinho, E., Martelo, F. Antunes, H., Lima, H., Figueira, I., Fragata, I., Bravio, I., Silva, ... Rodrigues, V. (2009). *Cirurgia das Cardiopatias Congénitas*. In Fragata J. (Ed). *Procedimentos em Cirurgia Cardiorácica* (1ª ed, p. 251-305), LIDEL

- Kasparian, N. A., Kan, J. M., Sood, F., Wray, J., Pincus, H. & Newburger, J. W. (2019). Mental health care for parents of babies with congenital heart disease during intensive care unit admission: Systematic review and statement of best practice. *Early Human Development*, 139, 104837. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2019.104837>
- Choi, Y., & Lee, S. (2021). Coping self-efficacy and parenting stress in mothers of children with congenital heart disease. *Heart & lung: the journal of critical care*, 50(2), 352–356. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2021.01.014>
- Dalir, Z., Heydari, A., Kareshki, H., & Manzari, Z. S. (2020). Coping with Caregiving Stress in Families of Children with Congenital Heart Disease: A Qualitative Study. *International journal of community based nursing and midwifery*, 8(2), 127–139. <https://doi.org/10.30476/IJCBNM.2020.83029.1113>
- Demianczyk, A. C., Bechtel Driscoll, C. F., Karpyn, A., Shillingford, A., Kazak, A. E., & Sood, E. (2022). Coping strategies used by mothers and fathers following diagnosis of congenital heart disease. *Child: care, health and development*, 48(1), 129–138. <https://doi.org/10.1111/cch.12913>
- Direcção Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>
- Fernandes, A. (2020). *Cuidados Atraumáticos e dor em Pediatria*. In Ramos, A. L., Figueiredo, M. C., Néné, M. & Sequeira, C. (Eds.). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª ed, p. 39-55). LIDEL
- Hoffman, M., Karpyn, A., Christofferson, J., Neely, T., McWhorter, L. G., Demianczyk, A. C., James, R., Hafer, J., Kazak, A. E., Sood, E. (2020). Fathers of Children With Congenital Heart Disease: Sources of Stress and Opportunities for Intervention. *Pediatric Critical Care Medicine*, 21(11), e1002-e1009. <https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000002388>

- Kim, J. & Cha, C. (2017). Experience of fathers of neonates with congenital heart disease in South Korea. *Heart & Lung: The Journal of Cardiopulmonary and Acute Care*, 46 (6), 439 – 443 <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2017.08.008>
- Laranjo, S. (2023). Spontaneous preterm birth and congenital heart defects: What is known?. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 42(5), 411-412 <https://doi.org/10.1016/j.repc.2023.03.010>
- Lin, P.-J., Liu, Y.-T., Huang, C.-H., Huang, S.-H., & Chen, C.-W. (2021). Caring perceptions and experiences of fathers of children with congenital heart disease: A systematic review of qualitative evidence. *International Journal of Nursing Practice*, 27(5), e12952. <https://doi.org/10.1111/ijn.12952>
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and practice*. Springer Publishing Company. https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory_middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf
- Monteiro, A. J. & Cerqueira, C. (2020). *Modelos de Cuidados em Saúde Infantil e Pediatria: Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey*. In Ramos, A. L., Figueiredo, M. C., Néné, M. & Sequeira, C. (Eds.). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª ed, p. 33-38). LIDEL
- Monterroso, J. (s.d.). *Um Grande coração: Manual da criança com doença cardíaca* (4.ª ed.)
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf
- OMS (2023). *Anomalias Congénitas*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/congenital-anomalies>
- Pinto, R. (2018). *Persistência do Canal Arterial em Recém-nascidos Pré-termo*. (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina de Lisboa). Repositório da Universidade de Lisboa <https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/42544/1/RicardoRPinto.pdf>

- Ramos, A. L. (2020). *A Criança e o Jovem como foco de cuidado: Emponderamento da Criança, Jovem e Família*. In Ramos, A. L., Figueiredo, M. C., Néné, M. & Sequeira, C. (Eds.). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª ed, p. 11-24). LIDEL
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, II Série (Nº 133 de 12-07-2018), 19192-19194. ELI: <https://files.dre.pt/2s/2018/07/133000000/1919219194.pdf>
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, II Série (Nº 26 06-02-2019), 4744-4750. ELI: <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Roquete, J. (2023, janeiro 12). *Persistência do Canal Arterial*. Hospital da Luz. <https://www.hospitaldaluz.pt/pt/dicionario-de-saude/persistencia-canal-arterial>
- Salazar, A., Guedes, A., Álvares, S., Baptista, M. J., Soares, P., Morais, S., Pires, A., Tiago, J., Andrade, H., Fernandes, E., Sampaio, M. A., Anjos, R., Chaves, F. & Proença, E. (2010). *Consenso nacional abordagem diagnóstica e terapêutica da persistência do canal arterial no recém-nascido pré-termo*. Sociedade Portuguesa de Pediatria http://www.spp.pt/userfiles/file/protocolos/persistencia_canal_arterial_rn_pre_termo_2010.pdf
- Sanayeh, M., Nourian, M., Tajalli, S., Khoshnavay Fomani, F., Heidari, A., & Nasiri, M. (2021). Resilience and Associated Factors in Mothers of Children with Congenital Heart Disease: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Community Based Nursing & Midwifery*, 9(4), 336-345. <https://doi.org/10.30476/ijcbnm.2021.89691.1630>
- Silva, M. M. (2017). *Motricidade Infantil: Estratégias para recreios escolares ativos* (Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana). Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.5/14280>

APÊNDICES

Apêndice I
Plano da Sessão de Formação

Plano da Sessão de Formação

Tema:	Cuidar da criança com cardiopatia congénita
Duração:	45-60min
Data da Sessão:	6 e 12 de Dezembro de 2023
Local:	Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos
Formador/a:	Andreia Santos
Destinatários:	Equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos
Pré-requisitos:	Pertencer à equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos

Objetivo Geral:	Aprofundar o conhecimento da equipa de enfermagem sobre o impacto da Cardiopatia Congénita (CC) na criança e família.
Objetivos Específicos:	- Relembrar aspectos sobre a circulação fetal e as alterações que ocorrem no sistema cardiovascular da criança após o nascimento; - Definir a doença cardiovascular na criança; - Relembrar o conceito de CC, epidemiologia, fisiopatologia, principais causas e tipo de tratamento; - Relacionar a Prematuridade e a Criança com CC; - Identificar os sinais e sintomas de instabilidade e de alerta na Criança com CC; - Descrever as intervenções de enfermagem perante situações de instabilidade da Criança com CC; - Sensibilizar para a importância da capacitação parental no cuidado à Criança com CC; - Refletir sobre a intervenção do enfermeiro na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos no cuidado à criança com CC e família.

	Conteúdos	Atividades	Metodologia	Avaliação	Recursos Didáticos	Tempo
Introdução	• Apresentação do tema • Comunicação dos objetivos e estrutura da sessão. • Verificação dos pré-requisitos.	Exposição do tema	Método expositivo	Avaliação Diagnóstica – Observação	Computador Power Point ®	2 min
Desenvolvimento	• Conceito: Circulação Fetal e alterações no Sistema Cardiovascular da Criança após nascimento; • Conceito: Doença Cardiovascular na criança • Conceito: Cardiopatia congénita (CC) – epidemiologia, fisiopatologia, causas e tipos de tratamento • Prematuridade e a Criança com CC • Sinais e sintomas de instabilidade e de alerta na Criança com CC • Intervenções de Enfermagem perante situações de instabilidade da Criança com CC	Exposição dos conteúdos	Método expositivo e método ativo	Avaliação Formativa – Observação e Formulação de perguntas orais	Computador Power Point®	30-45 min
Conclusão	• Síntese dos conteúdos abordados • Conclusão e encerramento da sessão • Estímulo à discussão	Discussão de grupo	Método expositivo e método ativo	Avaliação Sumativa – Observação e aplicação de ficha de avaliação	Computador Power Point® e Folha de ficha de avaliação da sessão	5 min.

Apêndice II

Questionário de avaliação da Sessão de Formação

Ficha de Avaliação da Sessão de Formação

“Cuidar da Criança com Cardiopatia Congénita”

1. Identificação do formando

Idade: _____

Sexo: M F

Grau académico: _____

Tempo de exercício profissional: _____

Tempo de exercício profissional em pediatria: _____

Tempo de exercício profissional na UCIN/UCIP: _____

Na sua avaliação utilize a seguinte escala

1	2	3	4
Insuficiente	Suficiente	Bom	Excelente

Obrigada pela sua colaboração

2. Conhecimentos iniciais sobre o tema

3. Pertinência do tema

4. Conteúdos da sessão

5. Domínio da temática pelo formador

6. Duração da sessão

7. Metodologia utilizada

8. Meios audiovisuais utilizados

1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4

Sugestões/Observações: (Aspetos considerados mais importantes e a desenvolver com maior profundidade ou a incluir em ações deste tipo; aspetos melhor conseguidos e aspetos a melhorar)

_____ Data: ____ / ____ / ____

Âpendice III

Apresentação dos resultados da avaliação da Sessão de Formação

Apresentação dos resultados da avaliação da Sessão de Formação

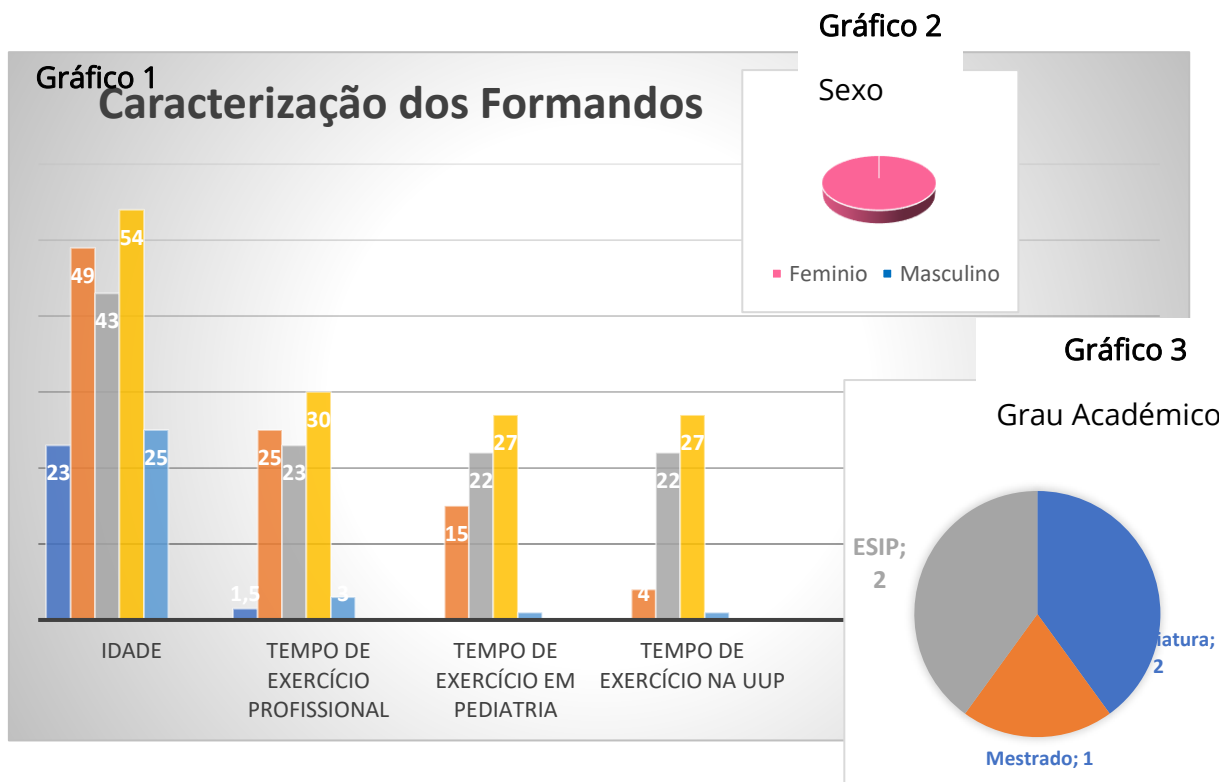
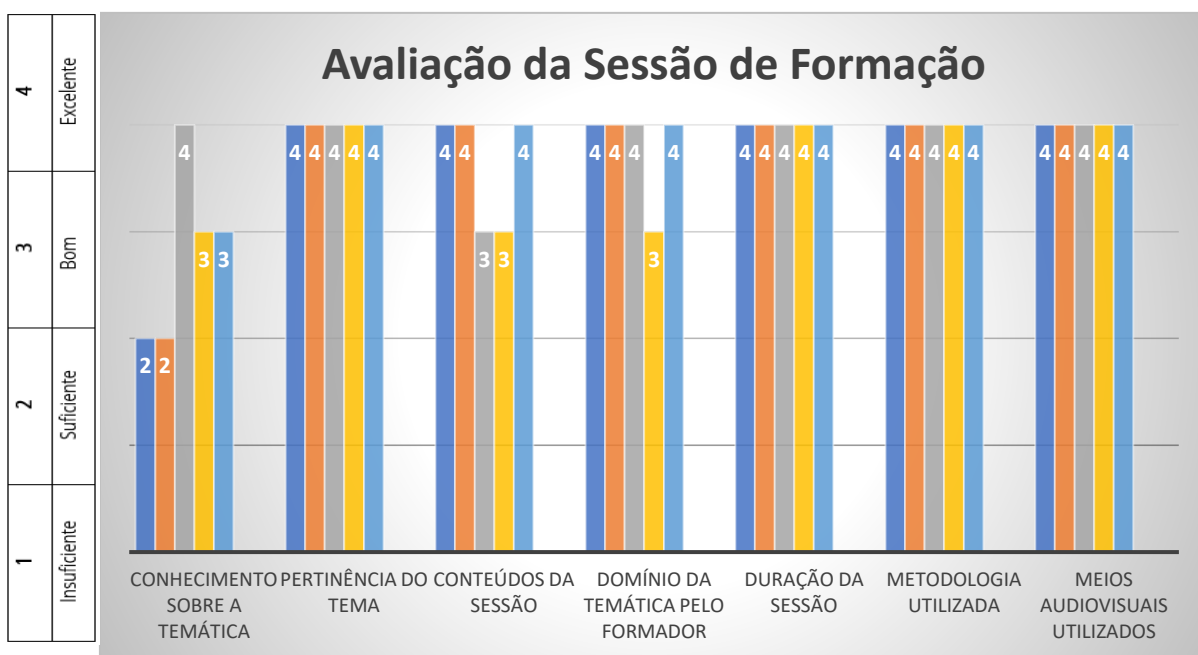


Gráfico 4

Avaliação da Sessão de Formação



ANEXO

Anexo 1

Recomendações para o exercício físico nas Crianças com Cardiopatia Congénita

Recomendações para o Exercício Físico nas Crianças com Cardiopatia Congênita

A prática de desporto tem grandes benefícios para a saúde de qualquer pessoa, promovendo uma maior capacidade física, melhor funcionamento de todos os sistemas orgânicos e melhor capacidade para lidar com situações de risco. Proporciona igualmente bem estar físico e emocional e é um factor importante de integração social. As crianças, adolescentes e jovens, pela vitalidade inerente à sua idade e nível de metabolismo e pela exigência de participação em grupos sociais e de testar as suas capacidades, têm necessidade de praticar desporto de competição. Às crianças com Cardiopatias Congénitas é muitas vezes negado esse direito pelo medo de que a prática de desporto agrave a sua doença ou provoque morte súbita. Essa atitude, na maioria dos casos injustificada, pode provocar conflitos emocionais e dificuldades sociais muitas vezes irreparáveis.

Desporto de competição caracteriza-se por exigir um treino sistemático, pela competição com outros e pela existência de recompensas elevadas (materiais, emocionais e sociais) para o sucesso.

Os diferentes desportos podem ser caracterizados por vários factores que são importantes para a escolha individual, de acordo com a doença em causa:

- Carga dinâmica
- Carga estática
- Intensidade
- Duração
- Contacto físico
- Tipo de metabolismo (aeróbico ou anaeróbico)

Além destes, existem outros factores relacionados com as condições da prática do desporto que também deverão ser equacionados na recomendação individual:

- Temperatura
- Grau de humidade
- Altitude
- Nível de poluição (CO₂ nos desportos motorizados)
- Possibilidade de traumatismos (Futebol, Hoquei)
- Riscos acrescidos em caso de síncope (Natação)
- Riscos de vida (Automobilismo, Montanhismo)

Em qualquer desporto de competição, mesmo os de menor exigência em termos físicos como Bilhar, Golfe ou Tiro, existe um componente de ansiedade muito acentuado com estimulação do sistema simpático e libertação de catecolaminas que pode ser perigoso em determinados doentes. Assim sendo, o risco faz parte do desporto de competição, como faz parte da vida, e os jovens com cardiopatias congénitas têm de saber que esse risco existe.

Poucas cardiopatias são responsáveis por morte súbita no desporto e, na maioria dos casos em que acontece, não havia conhecimento anterior dessa doença. Mesmo cardiopatias conhecidas só são responsáveis por morte súbita quando o doente não tem um acompanhamento regular pelo seu médico. Existem muitas causas não cardíacas de morte súbita no desporto, como aneurismas cerebrais, asma brônquica, traumatismos torácicos fechados e ingestão de drogas (cocaina, anabolizantes esteroides) que são responsáveis pela maioria dos casos.

Também não é preocupante o agravamento clínico da doença com o esforço pois a maioria das crianças com cardiopatias incapacitantes doseia perfeitamente o seu esforço e não é capaz de exceder as suas limitações físicas.

O acompanhamento regular da criança pelo seu cardiologista vai-lhe permitir vigiar o crescimento e detectar precocemente qualquer agravamento ou alteração na sua doença que impeça a prática de desporto. Os elementos a considerar pelo seu médico, com importância para a recomendação são:

- Doença cardíaca em causa
- Severidade da doença
- Tipo de cirurgia efectuada
- Sintomas de outros aparelhos (asma, ansiedade)
- Sintomas cardíacos relacionados com o esforço:
 - dispneia
 - lipotímias
 - palpitações
 - dor torácica
 - síncope
- História familiar (doença coronária precoce, cardiomiopatia hipertrófica)
- Regularidade do acompanhamento médico

A avaliação é feita com o auxílio de exames complementares que fazem parte da consulta regular como a radiografia de tórax, o electrocardiograma e o ecocardiograma. Em caso de necessidade são efectuados outros exames como a monitorização ECG contínua ou a prova de esforço que definitivamente determinam se a criança pode ou não fazer desporto de competição.

1.1 Limitações

LIMITAÇÕES

A – Risco de morte súbita: desporto proibido

As seguintes doenças cardíacas podem provocar morte súbita pelo que se proíbe a estes doentes a prática de qualquer desporto:

- Cardiomiopatia Hipertrófica
- Miocardite
- Estenose Aórtica severa (gradiente sistólico superior a 50 mm Hg)
- Hipertensão Pulmonar severa (doença vascular pulmonar)
- Anomalias Coronárias Congénitas
- Displasia Arritmogénica Ventricular
- Síndrome do QT longo
- Síndrome de Marfan

B – Factores de risco: avaliação complementar

Em qualquer outra cardiopatia congénita os seguintes factores de risco obrigam a uma investigação mais aprofundada e a limitações na recomendação do desporto:

- Cardiomegalia
- Arritmias supraventriculares ou ventriculares (especialmente se sintomáticas)
- Disfunção miocárdica
- Hipertensão pulmonar

1.2 Nível de Exercício Físico Permitido

NÍVEL DE EXERCÍCIO PERMITIDO

A mesma cardiopatia congénita pode ter diferentes graus de gravidade pelo que o nível de exercício recomendado depende dessa gravidade:

A – Intenso

- Estenose ou regurgitação valvular leve
- Cardiopatia simples operada (> 6 meses) sem lesões residuais
- CIA, CIV, PCA pequenas, sem factores de risco
- Síndrome WPW, Taquicardia supraventricular, Extrasístoles isoladas

B – Moderado

- Cardiopatias complexas corrigidas, sem lesões residuais ou factores de risco
- Substituição valvular
- Bloqueio AV completo, *Pacemaker*, Taquicardia ventricular (coração normal)

C – Leve

- Estenose ou regurgitação valvular moderadas
- Cardiopatia complexa com cirurgia paliativa
- Hipertensão pulmonar moderada
- Hipertensão sistémica moderada
- Cardiopatias corrigidas com lesões residuais ou factores de risco

D – Nenhum exercício

- Estenose ou regurgitação valvular severas
- Cardiomiopatia dilatada / Miocardite
- Hipertensão pulmonar severa
- Taquicardia ventricular com cardiopatia

1.3 Classificação do Desporto

CLASSIFICAÇÃO DOS DESPORTOS

Todos os desportos têm um componente **dinâmico** (movimento das articulações, alteração do comprimento do músculo, contracções rítmicas) e um componente **estático** (força intramuscular elevada, pouco movimento articular e pouca alteração do comprimento muscular) mas estes podem ser mais intensos nuns desportos que em outros. Assim a carga dinâmica (maior consumo de O₂, maior frequência cardíaca, maior débito cardíaco, diminuição das resistências sistémicas) é maior em certos desportos (Maratona) e a carga estática (maior elevação da resistência sistémica, maior elevação da tensão arterial) é maior em outros (Esqui Aquático)

Na tabela anexa os desportos são classificados de acordo com a carga dinâmica e a carga estática de cada um. Necessariamente esta tabela não inclui todos os desportos existentes nem contempla posições específicas dos atletas em desportos de equipa:

RECOMENDAÇÕES ESPECIAIS

- 1 – Cada criança deverá ser aconselhada pelo seu Cardiologista de acordo com o seu estado clínico particular.
- 2 – As doenças cardíacas com indicação para tratamento cirúrgico (ou cateterismo de intervenção) deverão ser operadas e o doente reavaliado após a cirurgia.
- 3 – Doentes com **Coartação da Aorta** operada deverão evitar desportos do grupo III (componente estático intenso) e deverá ser despistada a existência de aneurismas.

- 4 – A **Estenose Aórtica** é classificada de forma conservadora como leve (gradiente < 20 mm Hg), moderada (gradiente entre 20 e 50 mm Hg) e severa (gradiente > 50 mm Hg). Na E.Ao leve são permitidos todos os desportos (grupo III C), na E.Ao severa apenas grupo I A e na E. Ao moderada desportos dos grupos I A, I B e II A.
- 5 – **Cardiopatias Cianóticas** complexas não operadas ou com cirurgia paliativa permitem apenas desportos do grupo I A.
- 6 – **Tetralogia de Fallot** operado, sem lesões residuais, sem factores de risco e com regurgitação pulmonar leve, pode praticar todos os desportos (grupo III C).
- 7 – **TGA** operada (**Senning** ou **Mustard**), com bom resultado, pode praticar desportos dos grupos I A e II A.
- 8 – **TGA** operada (**Jaténe**) com bom resultado, pode praticar todos os desportos dos grupos I e II. Em caso de lesões residuais leves, poderá praticar desportos dos grupos I A, I B, I C e II A.
- 9 – Doentes com operação tipo **Fontan** apenas poderão praticar desportos leves (grupo I A).
- 10 – Na **Anomalia de Ebstein**, dado o potencial para arritmias, independentemente da severidade, recomendam-se apenas desportos do grupo I A, excepto em formas muito leves que poderão praticar todos os desportos (Grupo III C).
- 11 – Aos doentes com **Síndrome de Marfan** sem lesões cardíacas poderá ser permitido praticar desportos dos grupos I A e II A.

12 – A disfunção miocárdica leve permite desportos dos grupos I A, I B e I C. Com disfunção severa apenas são permitidos desportos do grupo I A.

13 – Com pressões pulmonares superiores a 40 mm Hg os doentes deverão ser avaliados caso a caso. Pressões pulmonares suprasistémicas contraindicam qualquer desporto.

Dinâmico Estático	A – Leve	B – Moderado	C – Intenso
I Leve	Bilhar Golfe <i>Bowling</i> Tiro Xadrês Jogos de salão	Voleibol Ténis de mesa Tenis (pares) <i>Basebal</i>	Badminton Atletismo-Corta mato Hoquei em campo# Atletismo-Marcha Atletismo-Corrida fundo Futebol# <i>Squash</i> Tenis (singles)
II Moderado	Tiro com arco Automobilismo# Motociclismo# Natação-Mergulho# Hipismo#	Esgrima Atletismo-Saltos Patinagem artística# <i>Rugby</i> # Atletismo- Velocidade <i>Surfing</i> # Natação sincronizada	Basquetebol# Andebol# Hoquei em patins# Hoquei no gelo# Esqui Nórdico Atletismo-Meio fundo Natação
III Intenso	Atletismo-Lançamentos Ginástica# Judo# Karaté# Vela Montanhismo# Esqui Aquático# Halterofilismo# <i>Windsurf</i> #	Culturismo# Esqui Alpino# Luta livre# Luta Greco- Romana#	Boxe# Ciclismo# Atletismo-Decatlo Remo Canoagem Patinagem velocidade

– Contacto físico

BIBLIOGRAFIA:

Monterroso, J. (s.d.). *Um Grande coração: Manual da criança com doença cardíaca* (4.^a ed., p. 85-92)

Apêndice X

Guias Orientadores para os Pais - Serviço de Internamento Pediátrico

1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Estágio com Relatório 2023/2024

Guias Orientadores para os Pais - Serviço de Internamento Pediátrico

Andreia Alexandra Carvalho Santos n.º 11581

—
Professora Orientadora:
Prof.ª Dr.ª Maria Fátima Frade

Enfermeira Orientadora:



—
Lisboa

Janeiro/Fevereiro 2023

INDICE

NOTA INTRODUTÓRIA.....	3
1. GUIAS ORIENTADORES PARA OS PAIS NO CUIDADO À CRIANÇA COM CARDIOPATIA CONGÉNITA.....	5
1.1 Folheto Informativo sobre cuidados de saúde na criança com cardiopatia congénita.....	5
1.2 Guia Orientador sobre cuidados a ter no regresso a casa após cirurgia cardíaca	7
1.3. Guia Orientador sobre medicação hipocoagulante	10
2. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	12
3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	14

NOTA INTRODUTÓRIA

O presente trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório, do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, leccionada na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) e desenvolvido num Serviço de Internamento Pediátrico.

No decurso do estágio verifiquei que o serviço não possuía documentos escritos de apoio aos pais com as orientações fornecidas pela equipa de enfermagem nos momentos de preparação para a alta, aos quais estes pudessem recorrer em caso de dúvidas no domicílio.

Tendo em conta, que a hospitalização é um momento de crise para a família e que o momento da alta é vivenciado com alguma ansiedade, os pais podem não estar disponíveis para assimilar toda a informação transmitida, podendo originar dúvidas após a alta.

Por sua vez, o enfermeiro especialista (EE) desempenha um importante papel de dinamizador de boas práticas, mobilizando, divulgando e promovendo a aquisição e incorporação de conhecimentos e habilidades, visando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados (Regulamento n.º 140/2019, 2019) e o desenvolvimento de uma prática baseada na melhor evidência melhor possível para uma prestação de cuidados de excelência.

Deste modo, surgiu a ideia de elaborar três documentos escritos de apoio aos pais, com a finalidade de serem guias orientadores no cuidado à criança com cardiopatia congénita, possuindo informações sobre a vigilância e cuidados de saúde específicos da criança com cardiopatia congénita, procurando assim promover a adaptação à doença e a capacitação parental de forma a empoderá-los no cuidado à criança.

O Enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediátrico (EESIP) desempenha um importante papel no empoderamento parental, uma vez que este trabalha em parceria com a criança e família nos diferentes contextos onde a criança está inserida, proporcionando educação para a saúde, identificando e mobilizando recursos de suporte à criança/jovem e família, de forma a dar resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade, maximizando o seu potencial e a sua saúde (Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho). A

intervenção do EESIP é baseado na filosofia dos cuidados centrados no binómio criança/família, atendendo à individualidade de cada família e às suas necessidades particulares, valorizando o papel fundamental da família como principal cuidador da criança/jovem e essencial para o seu crescimento e desenvolvimento (Direcção Geral de Saúde, 2013; Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho).

Assim, estes documentos para além de serem uma estratégia capaz de promover a capacitação parental no cuidado à criança com cardiopatia congénita permitem ainda a uniformização das orientações que devem ser dadas aos pais pela equipa de enfermagem, sendo uma mais valia tanto para os pais como para a melhoria da qualidades dos cuidados prestados.

Deste modo, este trabalho vai de encontro ao objetivo **Desenvolver competências especializadas para promover a capacitação parental no cuidado à criança com cardiopatia congénita**, tendo permitido o desenvolvimento e aquisição das competências comuns de Enfermeiro Especialista (EE) e específicas de EE em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) durante o percurso formativo (estágio), estando organizado segundo as normas de elaboração de trabalhos escritos da ESEL, seguindo as normas da *American Psychological Association 7th edition* para as citações de texto e referências bibliográficas e será dividido em 2 capítulos, para além da nota introdutória e das referências bibliográficas. No primeiro capítulo são apresentados os documentos escritos de apoio aos pais e no segundo são feitas as considerações finais.

1. GUIAS ORIENTADORES PARA OS PAIS NO CUIDADO À CRIANÇA COM CARDIOPATIA CONGÉNITA

1.1 Folheto Informativo sobre cuidados de saúde na criança com cardiopatia congénita

✔ Cumprir o **regime terapêutico** é fundamental para o controlo da sintomatologia. Este **deverá ser mantido** até indicação contrária do cardiologista pediátrico;

✔ A **alimentação** nestas crianças pode causar maior cansaço pelo que é essencial fraccionar as refeições, oferecendo menores quantidades de comida mas com maior frequência;

✔ É importante manter uma boa **higiene oral** e o tratamento de cáries de forma a prevenir endocardite;

✔ Quando é agendada a data de cirurgia ou cateterismo é fundamental manter a criança saudável, evitando contacto com pessoas que possam estar doentes;

✔ A criança **não deverá** realizar vacinação 3 a 4 semanas antes ou depois de procedimento cirúrgico ou cateterismo;

✔ Em alguns defeitos cardíacos, a criança tem que fazer **profilaxia de endocardite**, que consiste na **toma de antibiótico** antes de procedimentos invasivos.

Quais os sinais e sintomas de alerta?

🏠 Sinais de **difficuldade respiratória**: gemido, respiração acelerada, tiragem, adejo nasal, balanceio da cabeça, agravamento da cianose (pele azulada);

🏠 **Crises anóxicas**: agravamento da cianose, irritabilidade, palidez e desmaio;

🏠 Palidez, pele marmoreada, sudorese excessiva;



🏠 Cansaço nas mamadas, recusa alimentar, menor tolerância aos esforços;

🏠 Infecções respiratórias de repetição e ganho de peso insuficiente;

🏠 Edema palpebral e dos genitais, diminuição das vezes que a criança urina;

🏠 **Tonturas ou desmaios**: podem acontecer nas crianças mais velhas que apresentam alterações de ritmo cardíaco ou nas doenças em que há obstrução à saída do ventrículo esquerdo;

🏠 **Dores no peito**: é um sintoma raro, no entanto as crianças mais velhas que tenham uma doença em que há obstrução na saída do ventrículo esquerdo podem apresentar dor anginosa com os esforços.

Perante estes sinais e sintomas a criança deve ser observada pelo médico assistente.

Importante!



A Criança com Cardiopatia Congénita:

- Pode ter um **crescimento e desenvolvimento normal** desde de que se promova um ambiente estimulante e propício para tal;

- É importante **impor regras e limites**, preparando a criança para a vida em sociedade e permitir o **desenvolvimento da sua autonomia** à medida que cresça, envolvendo-a nos seus cuidados de saúde, dando **informações sobre a doença adequadas à idade e compreensão da criança**.

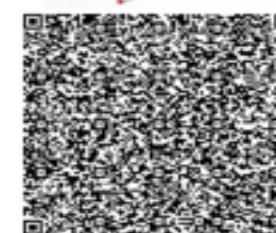


Cardiopatia Congénita Informações para os Pais



Elaborado por:

Andreia Santos, EE
Mestrado de
Enfermagem em
Saúde
Infantil e
Pediátrica





Aos pais ...

Perante a notícia de que um filho tem uma doença cardíaca é natural a vivência de vários sentimentos como tristeza, revolta e culpa. Não sinta vergonha de os expressar. Partilhar esses sentimentos com a família ajudará aliviar o sofrimento e permitirá ganhar forças para enfrentar a situação e problemas futuros.

Neste folheto poderá encontrar algumas informações importantes que poderá ajudar a compreender melhor a doença e conhecer o tipo de vigilância e de cuidados que o seu filho precisa.

O que é uma Cardiopatia Congénita?

Malformações do coração e dos grandes vasos presentes ao nascer, resultante de anomalias do desenvolvimento do coração durante a gestação;

É a anomalia congénita mais frequente com uma prevalência de 8 a 10 casos por cada mil nascimentos, ou seja, **0,8 a 1%** dos recém-nascidos podem ter uma **cardiopatia congénita**;

Os defeitos estruturais variam de tamanho (pequenas ou grandes dimensões) e de complexidade, podendo causar alterações de função e de ritmo cardíaco;

Dependendo do tipo de tratamento que é necessário pode ser classificada como **ligeira**, **moderada** ou **grave**;



Uma em cada quatro necessitam de tratamento cirúrgico e/ou cateterismo de intervenção ao nascer ou durante o primeiro ano de vida;

Graças aos avanços tecnológicos, que permitiram melhorar as técnicas cirúrgicas e de cateterismo de intervenção, a sobrevivência das crianças com **cardiopatia congénita** é superior a 95%, conseguindo atingir a idade adulta.

Quais as causas?

Não se deve a uma causa única, mas sim a uma multiplicidade de fatores desde genéticos a ambientais.



Qual o Tratamento?

Após o diagnóstico de **cardiopatia congénita** será estabelecido um plano terapêutico adequado à criança;

O **tratamento** pode ser: **cirúrgico**, **cateterismo de intervenção** e/ou **regime terapêutico**;

O **regime terapêutico** é essencial para o controlo de sintomatologia relacionado com as alterações estruturais, de funcionalidade ou de ritmo cardíaco;

A **maioria dos defeitos** tem possibilidade de tratamento, existindo alguns que se consegue apenas melhorar através dos procedimentos cirúrgicos;

O **tratamento** vai depender da gravidade do defeito, da evolução da doença e da sua



repercussão no crescimento e desenvolvimento da criança;

As **cardiopatias ligeiras a moderadas** são acompanhadas em ambulatório e geralmente não necessitam de tratamento do defeito estrutural no primeiro ano de vida;

As **cardiopatias críticas** necessitam de cirurgia e/ou cateterismo de intervenção logo após o nascimento ou durante o primeiro ano de vida;

Nos **defeitos complexos** o tratamento pode ser feito de forma faseada, ou seja, são realizadas cirurgias e/ou cateterismo de intervenção em diferentes estádios até ao tratamento completo do defeito.

Quais os cuidados de saúde?

Quando é decidido seguimento em ambulatório, a **criança pode ter uma vida normal**, frequentar a escola e fazer exercício físico. Se for necessário algum tipo de restrição os pais serão alertados;

A criança será acompanhada regularmente em consulta pelo cardiologista pediátrico. Aproveite estas consultas para colocar as suas dúvidas e preocupações;

Durante o decurso da doença poderá ser necessário internar a criança para otimização do regime terapêutico e realização de exames;

A criança deverá cumprir a **vigilância de saúde** preconizada pela Direção Geral da Saúde e cumprir o **Programa Nacional de Vacinação**;



1.2 Guia Orientador sobre cuidados a ter no regresso a casa após cirurgia cardíaca

Cirurgia Cardíaca
Guia orientador para os Pais no regresso a casa



**Elaborado por:**
Andreia Santos, EE Mestrado de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica

Comportamento da Criança:

Ao regressar a casa, a criança poderá apresentar mudanças de comportamento e oscilações de humor.



Algumas crianças tornam-se mais exigindo mais atenção dos pais. Outras podem apresentar comportamentos que tinham quando eram mais pequenas, ou ainda outras que se podem retrair, ficando mais quietas ou então agitadas e zangadas, demonstrando raiva.

Estas mudanças de comportamento são consideradas normais e não são motivo de preocupação, estando associadas ao stress relacionado com a cirurgia e internamento. É esperado que estas melhorem com o tempo, no entanto, se mantiverem ou piorarem devem pedir ajuda ao médico assistente.

Como pegar ao colo:

Se o seu filho foi operado de "peito aberto" o osso (esterno) foi cortado. Este demora cerca de 6 semanas a cicatrizar. Para promover a sua cicatrização e prevenir complicações durante esse período não deve levantar a criança pelos braços mas sim colocando uma mão na cabeça da criança e outra no meio das pernas de forma a suportar as nádegas.





Cuidados com a sutura operatória:

- Banho de chuveiro: não apontar o chuveiro diretamente para a sutura;
- Banho de banheira: água até à cintura da criança. Banhos de imersão apenas a partir da 6.ª semana pós-cirurgia;

- Dor ou rigidez perto da sutura pode estar presente durante as primeiras semanas;
- Enquanto tiver agafos ou pontos fazer limpeza diária com soro fisiológico e compressa esterilizada;
- A roupa que fica em contato direto com a sutura deve ser de algodão;
- Fique atento para qualquer sinal de infecção: febre, dor mais intensa na sutura, rubor (coloração vermelha), tumefacção, deiscência (afastamento dos bordos da sutura) ou saída de líquido amarelo ou pú; devendo recorrer ao Centro de Saúde para observação médica;
- Os **agrafos** e os **pontos** podem ser retirados 10a 14 dias após a cirurgia, devendo ir ao centro de saúde para tal;
- Quando já não tiver agafos, pontos nem crostas pode aplicar creme hidratante;
- A comichão é um sinal normal estando associado à cicatrização;
- Durante o primeiro ano não expor a sutura operatória ao sol direto nas horas de maior calor (12h-17h), devendo-se aplicar protetor solar factor 50.



7



- É natural que a criança tenha necessidade de descansar mais vezes ao longo do dia, podendo precisar de atividades com menor esforço físico;



- Podem fazer exercício físico sem restrições, devendo-se permitir auto limitação da sua atividade física se esta manifestar sinais de cansaço. Se for necessário restrições ou limitações será informado pelo Cardiologista Pediátrico;

- Os desportos que implicam contacto físico como é o caso do futebol ou do judo estão contra-indicados durante as 6 semanas após a cirurgia (tempo de cicatrização do esterno) ou para sempre no caso das crianças que tomam medicação anticoagulante;



- A criança não deve transportar uma mochila pesada durante os dois primeiros meses.

Cuidados com a Alimentação:



- A dieta da criança deverá ser de acordo com as indicações dadas durante o internamento;

- **Lactente:** nos primeiros tempos a criança poderá apresentar cansaço durante as refeições, necessitando de pausas frequentes para descansar. Uma estratégia eficaz é oferecer menor quantidade de comida e alimentar a criança mais vezes durante o dia;

- **Criança com alimentação diversificada:** importante fazer uma dieta balanceada e nutritiva, oferecendo alimentos variados com proteína para promover a cicatrização da sutura.



Higiene Oral:

É importante manter uma boa higiene oral de forma a prevenir cáries e reduzir o risco de endocardite.



- A criança deve escovar os dentes pelo menos 2 vezes ao dia, sendo a mais importante a lavagem à noite antes de dormir;

- Deve utilizar o fio dental diariamente, preferencialmente à noite antes de dormir.



Medicação:

Durante o internamento foram-lhe dadas informações sobre a medicação do seu filho e orientações de como a administrar.



- É essencial que a criança cumpra o regime medicamentoso até indicação contrária do Cardiologista Pediátrico. Siga a Greilha de Medicação;

- Informe os médicos da medicação que o seu filho faz;

- É importante que conheça os **nomes, dosagem e horário** dos medicamentos;

- Verifique os **rótulos** e a **dosagem** antes de dar o medicamento à criança;



- **Anticoagulantes:** a dose a tomar diariamente é regulada em função de uma análise periódica ao sangue – **INR**. Cumpra as datas de análise ao **INR**

- Se a criança cuspir ou vomitou a medicação não o tente dar novamente;

- Mantenha a medicação longe do alcance da criança.

Vigilância de saúde:

- A criança deve cumprir a vigilância de saúde preconizada pela Direcção Geral da Saúde (Centro de Saúde/Pediatra) e o **Programa Nacional de Vacinação**, devendo manter o seguimento em consulta de cardiologia pediátrica;



- A criança não deve fazer nenhuma vacina no prazo de 3 a 4 semanas depois da cirurgia.



- É essencial que a criança vá regularmente ao **dentista** e à **higienista oral** de forma a detectar precocemente problemas e **tratar cáries**, reduzindo assim o risco de endocardite. Deve esperar cerca de 6 semanas pós cirurgia para a criança iniciar a sua vigilância odontológica de rotina, incluindo a limpeza;



- **Profilaxia de endocardite:** em algumas situações a criança tem indicação para fazer profilaxia de endocardite que consiste na toma de antibiótico antes de procedimentos invasivos. O Cardiologista Pediátrico irá informá-lo se o seu filho necessitar de o fazer.

Regresso à escola:

Após a cirurgia, a criança terá um período de convalescença que é variável. O cardiologista pediátrico dirá quando a criança poderá regressar à escola.



- Habitualmente existe necessidade de restringir por algum tempo a atividade física no regresso à atividade escolar;

- Os pais devem informar os professores sobre os cuidados necessários e entregar um relatório com essas informações;



- Se a criança tomar medicação que possa influenciar as atividades escolares os professores devem ser alertados. É o caso das crianças que tomam **diuréticos**, uma vez que estas podem apresentar urgência em ir à casa de banho com mais frequência, e as que tomam **anticoagulantes** pelo risco acrescido de sofrerem hemorragias e fazerem facilmente **hematomas** **não** devem participar em atividades que impliquem contacto físico.

Consulte o médico assistente/pediatra sempre que observar na criança:



 **Sinais de dificuldade respiratória:** gemido, respiração acelerada, tiragem, adejo nasal, balanceio da cabeça, agravamento da cianose;

 Palidez, pele marmoreada, sudorese excessiva;

 Recusa alimentar;

Edema palpebral e dos genitais, diminuição das vezes que a criança urina;

 Vômitos e/ou diarreia;

 Febre (temperatura igual ou superior a 38°C);

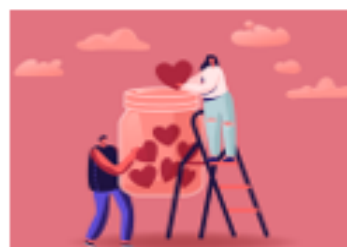
 Rubor (coloração vermelha), tumefacção, deiscência (afastamento dos bordos da sutura) ou saída de líquido amarelo ou pú da sutura operatória.

Conselhos aos pais:

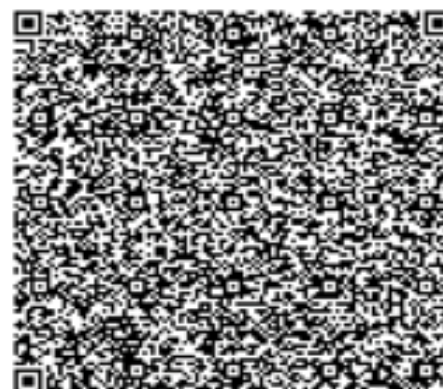
 Aproveite para descansar quando o seu filho estiver a descansar;

 Aceite a ajuda de outros familiares para as atividades domésticas;

 Evite compromissos sociais nas primeiras 6 semanas pós-cirurgia, protegendo a criança de ambientes com muitas pessoas e que estejam doentes.



Referências Bibliográficas:



1.3. Guia Orientador sobre medicação hipocoagulante

Medicação Hipocoagulante

Guia orientador para os Pais



Elaborado por:

Andreia Santos, EE Mestrado de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica

Para que serve a medicação hipocoagulante?

Os hipocoagulantes são medicamentos que atrasam a coagulação sanguínea, estando indicados nas crianças que foram submetidas a implantação de prótese valvular cardíaca ou que apresentam factores de risco de fenómenos trombóticos, uma vez que evitam a formação de coágulos dentro do organismo.



Que cuidados a ter quando se toma hipocoagulantes?



- A dose a tomar diariamente é regulada em função de uma análise periódica ao sangue – **INR**. Cumpra as datas de análise ao INR;

- Cumpra a dose prescrita:



1 comprimido



$\frac{3}{4}$ comprimido



$\frac{1}{2}$ comprimido



$\frac{1}{4}$ comprimido

- A medicação deve ser tomada à mesma hora do dia, preferencialmente da parte da tarde ou noite. Caso de esquecimento, a criança pode tomar até 8h depois;



- Há alimentos (ricos em Vitamina K) que interferem na coagulação do sangue. Estes podem ser ingeridos mas de uma forma equilibrada;

Alimentos Ricos em Vitamina K	
Feijão Seco	Fígado de Porco
Brócolos	Óleo de soja
Couve	Ervilhas secas
Couve-flor	Algas
Grão-de-bico	Sementes secas
Gema de ovo	Espinafres
Fígado de vaca	Nabos
Fígado de galinha	Pão de trigo



-Informe o médico e o enfermeiro que a criança faz esta medicação **antes da realização de procedimentos invasivos** (tratamentos dentários, intervenções cirúrgicas ou outros exames) ;

- **Não automedique a criança**. Há medicamentos que interferem na absorção deste tipo de medicamentos (anti-inflamatórios/antibióticos);

-Se a criança tiver dor ou febre apenas pode tomar paracetamol;



- A criança deve escovar os dentes utilizando uma escova de dentes macia, prevenindo hemorragias das gengivas;



- A utilização de giletes está contra-indicada, uma vez que o seu filho (a) tem maior risco de sofrer hemorragia;





- A criança **não deve participar** em atividades que impliquem contacto físico, uma vez que fazem com maior facilidade hematomas ("nódos negros");



- Em caso de **corte/hemorragia** faça compressão local durante 5-10 minutos. Se não conseguir estancar o sangue deve dirigir-se à urgência da sua área de residência;



- A toma incorreta destes medicamentos pode causar hemorragias e/ou aumentar o risco de fenómenos trombóticos.

Quais os sinais de preocupação?



- Hematomas sem causa aparente;
- Vômitos e/ou diarreia;
- Hemorragias mantidas, devendo levar a criança ao Serviço de Urgência;



Perante estas situações é recomendado a repetição da análise de INR.



Não se esqueça de comunicar ao médico se o seu filho tiver de tomar antibióticos ou anti-inflamatórios.

Adaptado de "Guia de Orientação para os doentes com medicação hipocoagulante" (2015). Hospital de Santa Marta (Consulta de Hipocoagulação), Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central.

2. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração destes documentos permitiu dar resposta aos objetivos delineados para este contexto de estágio:

2) Desenvolver competências específicas para promover a capacitação parental no cuidado à Criança e Jovem com cardiopatia congénita:

2.1) Promover a adaptação e capacitação da criança, jovem e família à doença;

2.2) Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da capacitação parental no cuidado à criança/jovem com cardiopatia congénita ao longo do internamento.

Para a elaboração destes documentos foi essencial o conhecimento prévio decorrente da minha práxis diária de cuidar de crianças com cardiopatia congénita e suas famílias em contexto de Unidade Cuidados Intensivos, a pesquisa bibliográfica realizada ao longo do curso sobre a temática do projeto formativo, tendo tido em conta as dúvidas colocadas pelos pais durante o internamento e as orientações transmitidas pela equipa de enfermagem nos momentos de preparação para a alta (B1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade; D2.2 — Suporta a prática clínica em evidência científica; D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade, Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Estes documentos têm como finalidade serem guias orientadores para os pais, contendo informações e orientações sobre a vigilância e cuidados de saúde específicos que a criança com cardiopatia congénita necessita, tendo procurado transmitir mensagens motivadores e esperançosas de forma a fomentar apoio emocional num momento de crise e de instabilidade (diagnóstico da doença, hospitalização). Deste modo, pode-se considerar que estes são estratégias promotoras da capacitação parental, uma vez que permitem aumentar o conhecimento dos pais sobre as necessidades de cuidados da criança, e consequentemente facilitadores de transições saudáveis adaptação, que será traduzida pela adaptação dos pais à doença, demonstrando capacidade de autogestão da doença e de identificar e dar resposta às necessidades de saúde mas também de crescimento e desenvolvimento da criança, de forma a conseguir promover um ambiente responsivo a essas necessidades e prevenir ou minimizar as complicações associadas à doença (E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor

da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem; E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade; E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil, Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho).

Os documentos foram apresentados à equipa de enfermagem e ao Enfermeiro chefe, tendo sido bastante elogiados, referindo ser uma mais valia para os pais e para o serviço, uma vez permitem a uniformização da informação e orientações fornecidas pela equipa de enfermagem nos momentos de preparação para a alta, promovendo a melhoria da qualidade dos cuidados (B1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade; B2.2 — Planeia programas de melhoria contínua; Lidera programas de melhoria contínua; C1.1 — Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão; D2.1 — Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho; D2.2 — Suporta a prática clínica em evidência científica; D2.3 — Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho, Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Estes serão apresentados à Diretora Clínica do serviço para serem ou não autorizados.

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brandão, C., Abreu, S. & Pinto, F. (2018). Cardiopatias congénitas: informação para os pais. Centro de Referência de Cardiopatias Congénitas do CHULC. https://www.chlc.saude.pt/wpcontent/uploads/sites/3/2019/09/CRCC_folheto-pais-1.pdf
- Brandão, C., Abreu, S. & Pinto, F. (2018). A doença cardiovascular em idade pediátrica. Orientações de prática clínica e referenciação. Centro de Referência de Cardiopatias Congénitas do CHULC. https://www.chlc.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2019/09/CRCC_folheto-medicos-assistentes.pdf
- Brandão, C., Abreu, S. & Pinto, F. (2018). Tenho uma cardiopatia congénita... Guia de apoio à escola . Centro de Referência de Cardiopatias Congénitas do CHULC https://www.chlc.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2019/09/CRCC_folheto-escola.pdf
- CardioPedBrasil®: Centro do Coração da Criança (2021). Antes e depois da cirurgia – Guia para os pais <https://www.cardiopedbrasil.com.br/>
- Monterroso, J. (2018). Um Grande coração: Manual da criança com doença cardíaca (5.ª ed.)
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, II Série (Nº 133 de 12-07-2018), 19192-19194. ELI: <https://files.dre.pt/2s/2018/07/133000000/1919219194.pdf>
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, II Série (Nº 26 06-02-2019), 4744-4750. ELI: <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>