

**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Enfermagem de Saúde**  
**Infantil e Pediatria**

Relatório de Estágio

**Preparação da criança e família para cirurgia:  
intervenção especializada de enfermagem no cuidado  
não traumático**

**Marta Cristina Godinho Bentes**

**Lisboa**

**2018**

A decorative graphic in the bottom right corner consisting of several overlapping, curved, wavy lines in various shades of green, extending from the right edge towards the center.

**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Enfermagem de Saúde**  
**Infantil e Pediatria**

Relatório de Estágio

**Preparação da criança e família para cirurgia:  
intervenção especializada de enfermagem no cuidado  
não traumático**

**Marta Cristina Godinho Bentes**

Orientador: Professora Doutora Maria Teresa Magão

**Lisboa**

**2018**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



# PENSAMENTO

“A mente que se abre a uma nova ideia jamais voltará ao seu tamanho original”

(Albert Einstein)

## AGRADECIMENTOS

Ao longo do meu percurso formativo foram várias as pessoas que me apoiaram, incentivaram, me compreenderam e orientaram. Todas elas contribuíram para que a minha caminhada fosse mais feliz...

Ao meu companheiro e aos meus filhos, pelo amor, paciência, compreensão e motivação...

Aos meus pais, irmã e sogros pelo apoio e disponibilidade...

Às amigas pelos lanchinhos relaxantes...

Aos colegas do curso pelo convívio, partilha das conquistas e dificuldades...

Às enfermeiras de referência pela disponibilidade, partilha de conhecimento e orientação nos diversos contextos formativos...

À minha enfermeira chefe pela confiança e motivação...

E por fim, à minha professora orientadora, pela orientação, partilha de conhecimento e acima de tudo pela sua cordialidade e amabilidade...

A todos o meu **Muito Obrigado!**

## **LISTA DE SIGLAS**

CCF – Cuidados Centrados na Família

CDC – Centro de Desenvolvimento da Criança

CDCH - Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada

CEP - Consulta Externa de Pediatria

CNT - Cuidados Não Traumáticos

CPP - Cuidados Paliativos Pediátricos

DGS – Direção Geral de Saúde

DR – Diário da República

EE – Enfermeiro Especialista

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

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ICN - International Council of Nurses

IPCP – Internamento de Pediatria e Cirurgia Pediátrica

IPFCC - Institute for Patient and Family Centered Care

NEO - Neonatologia

NP – Norma de procedimento

OE - Ordem dos Enfermeiros

PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

UC – Unidade Curricular

UCA – Unidade de Cirurgia de Ambulatório

UIDE – Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem

UP – Urgência Pediátrica

USF – Unidade de Saúde Familiar

WHO - World Health Organization

## RESUMO

A hospitalização e cirurgia são eventos causadores de *stress* na criança, relacionados com o medo da dor e do desconhecido, com a perda de controlo e com o ambiente hospitalar. A preparação da criança e família para a cirurgia diminui os efeitos negativos da hospitalização, promove a capacitação dos pais no apoio à criança e a participação ativa nos cuidados aos filhos durante a hospitalização e tratamento.

A preparação da criança e família para cirurgia, temática agregadora deste relatório, é uma intervenção autónoma de enfermagem suportada pela evidência, na qual são mobilizadas um conjunto de técnicas estruturadas com o propósito de diminuir o medo e a ansiedade durante o processo cirúrgico. Os programas de preparação para cirurgia devem ser adaptados aos recursos existentes e às necessidades específicas das crianças e famílias.

O presente relatório pretende evidenciar um percurso de aprendizagem que teve como objetivos desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança, jovem e família, nos processos de saúde e doença em diferentes contextos pediátricos e desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados em saúde da criança e do jovem, com foco na preparação da criança e família para cirurgia.

No meu trajeto de discência e desenvolvimento de competências, adotei como referenciais, os Cuidados Centrados na Família (CCF), os Cuidados Não Traumáticos (CNT) e o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, enquadrados numa prática crítica, reflexiva e baseada na evidência.

Concretizei diversas atividades, das quais destaco a reorganização do programa de preparação para cirurgia do meu contexto profissional, para que fosse ao encontro da evidência científica atualizada sobre a temática.

A análise reflexiva das atividades realizadas nos diferentes contextos de estágio e a aquisição de saberes para a problemática em estudo, contribuíram para o desenvolvimento de competências indispensáveis ao perfil de enfermeiro especialista e à prática de uma Enfermagem Avançada.

**Palavras Chave:** criança, família, cuidados pré-operatórios, enfermeiras especialistas, *stress* psicológico.

## **ABSTRACT**

Hospitalization and surgery are events that cause stress in the child, related to fear of pain and the unknown, loss of control and the hospital environment. Preparing the child and family for surgery reduces the negative effects of hospitalization, promotes parental empowerment in child support, and active participation in child care during hospitalization and treatment.

The preparation of the child and family for surgery, the theme that is the aggregator of this report, is an autonomous nursing intervention supported by the evidence, in which a set of structured techniques are mobilized with the purpose of reducing fear and anxiety during the surgical process. Preparation programs for surgery should be tailored to the existing resources and the specific needs of children and families.

This report aims to highlight a learning course that had as objectives to develop skills in the provision of specialized nursing care to the child, youth and family, in health and disease processes in different pediatric contexts and to develop skills for the provision of specialized nursing care in health the child and the youth, with focus on the preparation of the child and family for surgery.

In my course of learning and skills development, I have adopted the Family Centered Care, Non-Traumatic Care and Betty Neuman Systems Model as part of a critical, reflexive and evidence-based practice.

Several activities were carried out, among which I highlight the reorganization of the surgery preparation program of my professional context, in order to meet up-to-date scientific evidence on the subject.

The reflexive analysis of the activities carried out in the different stages of the internship and the acquisition of knowledge for the problematic under study contributed to the development of competences essential to the profile of specialist nurse and the practice of Advanced Nursing.

**Keywords:** child, family, preoperative care, nurse specialists, psychological stress.

# ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	9
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL .....	13
<b>1.1. Cuidar da criança e família .....</b>	<b>13</b>
<b>1.2. Os cuidados de enfermagem na preparação da criança e família para cirurgia .....</b>	<b>18</b>
2. PROBLEMA .....	24
3. METODOLOGIA.....	26
4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM .....	27
<b>4.1. Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança, jovem e família, nos processos de saúde e doença em diferentes contextos pediátricos.....</b>	<b>29</b>
4.1.1. Estabelecer uma comunicação terapêutica com a criança e família nos vários estádios de desenvolvimento .....	29
4.1.2. Promover o crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem .....	35
4.1.3. Prestar cuidados de enfermagem à criança e família, com foco na gestão do stress, em situações de especial complexidade .....	39
<b>4.2. Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados em saúde da criança e do jovem, com foco na preparação da criança e família para cirurgia.....</b>	<b>48</b>
4.2.1. Conhecer as intervenções de enfermagem para a preparação da criança para cirurgia.....	48
4.2.2. Analisar a prática de cuidados centrada na preparação da criança e família para cirurgia.....	52
4.2.3. Liderar o processo de mudança da prática que promova a preparação da criança e família para cirurgia baseada na evidência .....	54
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	60

## ANEXOS

Anexo I - Gráficos de casuística do Internamento de pediatria e cirurgia pediátrica

Anexo II – Certificado de participação - Conferência Internacional “Addressing and supporting family and child wellbeing | 15 years of touchpoints in Portugal”

Anexo III – Declaração de frequência - Sessão clínica “Cobertura de saúde universal e cuidados paliativos”

Anexo IV – Certificado de participação - 3º workshop Emoções em Saúde – *Team Building* – Gestão das Emoções em Enfermagem

## **APÊNDICES**

Apêndice I – Modelo de sistemas de Betty Neuman adaptado

Apêndice II – Cuidados de enfermagem na preparação da criança e família para cirurgia - Adaptação do modelo de sistemas de B. Neuman

Apêndice III – Cronograma de estágios

Apêndice IV – Objetivos e atividades de estágio

Apêndice V – Jornal de aprendizagem - “Os difíceis *toddlers*”

Apêndice VI – Modelo de sistemas de Betty Neuman adaptado aos cuidados de saúde primários em saúde infantil

Apêndice VII – Estudo de caso clínico

Apêndice VIII – Kit de preparação para cirurgia

Apêndice IX – Preparação da criança e família para cirurgia urgente – Norma de procedimento

Apêndice X – Guião de entrevista exploratória a um perito

Apêndice XI – Proposta de reorganização do programa de preparação da criança e família para cirurgia

## INTRODUÇÃO

O presente relatório foi elaborado com a finalidade de descrever e refletir sobre o meu percurso formativo no desenvolvimento de competências para a aquisição do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ)<sup>1</sup> e de mestre em enfermagem. Está inserido no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório, do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

No planeamento deste percurso, procurei dar resposta não só aos objetivos académicos, mas também aos meus interesses pessoais e profissionais, indo ao encontro dos pressupostos e metodologia de projeto. Adotei como temática transversal a “Preparação da criança e família para cirurgia”, tema que se justifica pelo papel imprescindível que o enfermeiro assume, no desenvolvimento de intervenções para minimizar os fatores de *stress*<sup>2</sup> decorrentes dos processos de hospitalização e cirurgia. Neste sentido, defini como objetivos gerais: desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança, jovem e família, nos processos de saúde e doença em diferentes contextos pediátricos e desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados em saúde da criança e do jovem, com foco na preparação da criança e família para cirurgia.

A hospitalização e a cirurgia conduzem a ansiedade<sup>3</sup> e medo<sup>4</sup> para a criança e família (Healy, 2013). Estas emoções, são potenciadas pela rutura com o seu ambiente familiar, pela quebra das rotinas, pela necessidade de procedimentos invasivos que provocam desconforto e dor, pela sensação de perda de controlo sobre os acontecimentos experienciados, pelo contacto com desconhecidos e pela presença de equipamento assustador (Diogo, Vilelas, Rodrigues e Almeida, 2016).

---

<sup>1</sup> A 12 de Julho de 2018 foi publicado o novo regulamento de competências específicas de enfermeiro especialista que altera a identificação de EEESCJ para Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (OE, 2018), no entanto, atendendo a que o estágio reportado neste relatório é anterior a esta data, será utilizada a identificação EEESCJ sempre que for referido o título de especialista.

<sup>2</sup> “... “sentimento de estar sob pressão e ansiedade ao ponto de ser incapaz de funcionar de forma adequada física e mentalmente; sentimento de desconforto; associado a experiências desagradáveis; associado à dor; sentimento de estar física e mentalmente cansado, distúrbio do estado mental e físico do indivíduo...” (International Council of Nurses (ICN), 2015).

<sup>3</sup> “...emoção negativa: sentimentos de ameaça, perigo ou angústia...” (ICN, 2015).

<sup>4</sup> “...emoção negativa: sentir-se ameaçado, em perigo ou perturbado devido a causas conhecidas ou desconhecidas, por vezes acompanhado de uma resposta fisiológica do tipo lutar ou fugir...” (ICN, 2015).

A evidência indica a preparação para a hospitalização, como a melhor forma de diminuir a ansiedade e o medo e promover a capacidade dos pais para apoiarem psicologicamente a criança, a cooperar e participar no tratamento (Sanders, 2014).

A preparação para cirurgia surge como uma intervenção autónoma de enfermagem que consiste na implementação de técnicas estruturadas, com a intenção de diminuir o medo e ansiedade da criança e família (OE, 2011). O enfermeiro que adota esta prática, pode prevenir manifestações comportamentais e fisiológicas da ansiedade, nomeadamente a ansiedade de separação, birras, medo de estranhos, problemas alimentares, pesadelos, terrores nocturnos e enurese (Cohen-Salmon, 2010). Os resultados refletem-se na resposta positiva da criança após o procedimento, na colaboração dos pais nos cuidados, maior segurança quando da alta hospitalar, menor uso de medicamentos (antibióticos e analgésicos) e menos dias de hospitalização (Fincher, Shaw e Ramelet, 2012).

No meu contexto de trabalho, a equipa de enfermagem desenvolve um programa de preparação para cirurgia desde 1994, tendo sido pioneira no seu desenvolvimento em Portugal. O número de crianças e famílias abrangidas por este programa foi aumentando ao longo dos anos e as dificuldades de resposta às suas necessidades também. Por constrangimentos organizacionais, o programa de preparação, muitas vezes, não tem em conta o desenvolvimento da criança, o *timing* da preparação e o número de crianças a preparar, dificultando uma resposta adequada às necessidades e à individualidade da criança e família (Betz, 2006; OE, 2011; Perry, Hooper e Masiongale, 2012; Copanitsanou e Valkeapää, 2013; Sjöberg, Amhlden, Nygren, Arvidsson e Svedberg, 2015; Panella, 2016). No contexto atual, a qualidade dos cuidados é uma exigência que torna perentória a promoção das práticas baseadas na evidência, daí o meu investimento nesta temática.

No contexto da pediatria, os CCF e os CNT revelam-se como pilares fundamentais para a promoção de cuidados de enfermagem promotores de projetos de saúde (Hockenberry e Barrera, 2014; OE, 2002). No meu percurso adotei como referenciais, os CCF, os CNT e o Modelo de Sistemas de Betty Neuman. A escolha deste modelo de enfermagem justifica-se na essência do problema e nas características do sistema-cliente, pois a hospitalização e cirurgia, induzem fatores de *stress* no cliente, sendo fundamental compreender o modo como estes influenciam a

homeostasia do sistema e os processos de saúde e doença, para uma intervenção centrada na criança e família.

Nos cinco diferentes contextos de estágio selecionados fui desenvolvendo competências de EEESCJ para cuidar da criança e família em diversas situações de saúde, nomeadamente na preparação para a cirurgia, ao usar de forma sistemática, as estratégias adequadas a uma intervenção de enfermagem terapêutica, ao nível da prevenção primária de modo a fortalecer a linha de defesa flexível da criança e família com foco na maximização do seu bem-estar (Neuman e Fawcett, 2011).

Este documento está organizado em cinco capítulos. O primeiro capítulo é constituído pelo enquadramento conceptual, contextualizando e circunscrevendo a temática em estudo suportada por evidência científica atualizada. O segundo capítulo pretende descrever o problema identificado na prática de cuidados que motiva o desenvolvimento de novas estratégias no cuidado à criança e sua família. O terceiro capítulo dá a conhecer a metodologia utilizada no desenvolvimento de competências para Enfermeiro Especialista (EE) e EEESCJ. O quarto capítulo refere-se ao caminho percorrido no desenvolvimento destas competências, descrevendo as atividades realizadas e análise crítica e reflexiva das mesmas. Por fim, o capítulo das considerações finais onde será realizada uma apreciação global do percurso, os seus contributos ao nível pessoal, as limitações e as perspectivas futuras enquanto EEESCJ.

Este percurso assentou na análise reflexiva da prática, baseada na evidência científica, numa lógica de enfermagem avançada, conjecturando o desenvolvimento de competências para o desempenho focado num raciocínio conceptual, nas relações interpessoais e na tomada de decisão (Silva, 2007).

De modo a garantir o anonimato das pessoas e organizações envolvidas, respeitando a Lei da proteção de dados pessoais (Lei nº 67/98 de 26 de Outubro; Diretiva nº 95/46/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 24 de Outubro de 1995), neste relatório não será divulgado o nome das instituições, nem dos enfermeiros de referência.

Encontram-se em anexo e apêndice os documentos considerados pertinentes para a elaboração deste relatório.

A Norma da American Psychological Association (APA) (6ª edição) foi considerada na referência bibliográfica, utilizando para esta o gestor de bibliografia *Mendeley*.

# 1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Este capítulo pretende contextualizar e circunscrever a temática em estudo suportada pela evidência científica atualizada.

## 1.1. Cuidar da criança e família

Os cuidados de enfermagem assumem como foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue (OE, 2002) e no contexto pediátrico incluem numa perspetiva particular de cuidar, os CCF e a prestação de CNT como pilares fundamentais (Hockenberry e Barrera, 2014).

Segundo o regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (2015<sup>a</sup>), o conceito de pessoa nesta área de especialidade refere-se ao binómio: criança, jovem e família. A criança é considerada toda a pessoa com idade inferior a 18 anos, dependente dos cuidados da família, como forma de suprir as suas necessidades com vista ao seu desenvolvimento saudável, até adquirir novas capacidades e conhecimentos, que lhe permita ser gradualmente mais independente até alcançar a autonomia. A família abrange todos os sujeitos que possuem a responsabilidade de prestar cuidados à criança, sendo fundamentais para o seu crescimento e desenvolvimento (OE, 2015<sup>a</sup>).

Em pediatria, quando cuidamos da criança e família, há que ter sempre presente que “o cuidado designa o facto de estar atento a alguém ou a alguma coisa para se ocupar do seu bem-estar ou do seu estado, do seu bom funcionamento” (Hesbeen, 2000, p. 9-10) e o conceito de “prestar cuidados” ou “cuidar” designa essa “atenção especial que se vai dar a uma pessoa que vive uma situação particular com vista a ajudá-la, a contribuir para o seu bem estar, a promover a sua saúde” (Hesbeen, 2000, p. 9-10). Watson (2002) reforça esta ideia identificando o conceito de relação de cuidar, descrevendo-a como “(...) uma união com outra pessoa (...) assente na preocupação pela dignidade e preservação da humanidade”(p.60). O EEESCJ adota um papel de superior relevância nesta relação de cuidar, trabalhando “em parceria com a criança e família/pessoa significativa em qualquer contexto em que ela se encontre para promover o mais elevado estado de saúde possível” (OE, 2010<sup>b</sup>, p. 1).

Neste percurso formativo adoto a concepção do cuidar em enfermagem do modelo de sistemas de Betty Neuman e a filosofia de cuidados pediátricos assentes nos referenciais dos CCF e dos CNT .

Os CCF reconhecem a presença constante da família na vida da criança e propõem uma resposta diferenciada, integrada, e holística, às necessidades, expectativas, preferências e desejos das crianças e família, centrada na negociação e parceria. O Institute for Patient and Family Centered Care (IPFCC, 2017) considera os CCF como o processo de prestação de cuidados, assente numa relação de parceria, com benefícios mútuos (clientes e profissionais de saúde), tendo definido quatro conceitos básicos inerentes ao processo:

- Dignidade e Respeito: os conhecimentos, valores, crenças e cultura do cliente são incorporados no planeamento e na prestação de cuidados. Os profissionais de saúde ouvem e honram as perspetivas e escolhas do cliente.
- Partilha de Informação: clientes recebem informações completas e precisas, no momento oportuno, para participarem efetivamente dos cuidados e na tomada de decisões. Os profissionais de saúde comunicam e partilham informações úteis de forma completa e imparcial com os clientes;
- Participação: os clientes são incentivados e apoiados na participação nos cuidados e na tomada de decisões, escolhendo seu nível de atuação.
- Colaboração: clientes, profissionais de saúde e líderes de cuidados de saúde colaboram no desenvolvimento, implementação e avaliação de políticas e programas (conceção das instalações; educação profissional; pesquisa, prestação de cuidados).

A Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada (CDCH) (2008) evidencia claramente o conceito dos CCF. Saliento a informação como um pilar fundamental, sendo um direito protegido no seu ponto três, que refere o dever dos profissionais de informar os pais sobre a regras e rotinas do serviço, por forma a que estes possam participar ativamente nos cuidados e nos pontos quatro e cinco afirmando o direito da criança e pais receberem informação relativamente à doença e aos tratamentos, adequada à idade e à compreensão a fim de poderem participar nas decisões dos cuidados. O Código Deontológico, inerente ao exercício profissional de Enfermagem, também prevê o dever de informar (Artigo 105º) (DR, 2015, p.8079).

Os CCF estão estreitamente relacionados com os CNT, sendo fundamental a sua mútua implementação na prática de cuidados de enfermagem pediátrica.

Os CNT referem-se à provisão de cuidados terapêuticos, por profissionais, através de intervenções que anulam ou diminuem o desconforto psicológico e físico experienciado pela criança e família durante a hospitalização e a prestação de cuidados de saúde, assente em três princípios: evitar ou minimizar a separação da criança/família; promover a sensação de controlo e evitar ou minimizar a dor e lesão corporal (Hockenberry e Barrera, 2014). A preparação da criança e família para a cirurgia é um exemplo de uma estratégia mobilizada na minimização do efeito traumático associado ao sofrimento psicológico e físico inerente a determinados cuidados de saúde e que se manifestam, muitas vezes por emoções como a ansiedade e o medo.

Também na CDCH (2008) é evidente o conceito de CNT. No ponto dois, que refere que a criança tem direito a ter os seus pais junto a ela e no ponto quatro ao referir que as agressões físicas ou emocionais devem ser minimizadas.

O modelo de sistemas de Betty Neuman também direciona para os CCF e CNT (Neuman, 2010). O principal objetivo do modelo é prestar assistência à pessoa, mantendo ou obtendo a estabilidade do seu sistema, atingindo um nível máximo de bem-estar, enquadrando-se assim, no paradigma da integração. Este, orienta-se para a pessoa enquanto ser global e a sua saúde emerge da harmonia entre as dimensões física, mental e social, sendo indissociável do ambiente em que se insere (Kérouac, Pepin e Ducharme, 1994).

Para a compreensão do modelo de Neuman importa definir os conceitos do metaparadigma: pessoa, ambiente, saúde, enfermagem.

Neuman considera o conceito de pessoa enquanto cliente/sistema-cliente, que pode ser um indivíduo, família, grupo, comunidade ou questão social, composto por uma estrutura básica que possui cinco variáveis (fisiológica, psicológica, sociocultural, desenvolvimental e espiritual) que permitem uma visão holística da pessoa (Neuman e Fawcett, 2011) (Apêndice I). O cliente apresenta-se como um sistema aberto, multidimensional, que faz parte de uma organização complexa em permanente interação com o meio (Neuman e Fawcett, 2011). O ambiente compreende as forças

internas e externas em torno do cliente, influenciando e sendo influenciado pelo mesmo (Neuman e Fawcett, 2011).

De acordo com Neuman, a saúde é “um contínuo de bem-estar e doença, de natureza dinâmica, que é sujeito a constantes mudanças. Ótimo bem-estar ou estabilidade indica que as necessidades totais do sistema estão satisfeitas” (Neuman, 2010, p.328), ou seja, a saúde é uma demonstração do nível de energia do cliente para manter a estabilidade do sistema. O cliente tende para a homeostase (processo através do qual um organismo mantém o seu equilíbrio, ou seja, se mantém saudável) através de processos de adaptação que passam pela resposta aos estímulos produtores de tensão (*stressores*) (Neuman e Fawcett, 2011). O conceito de *stressores* assume uma importância relevante no modelo, sendo que para a autora os *stressores* são estímulos com potencial para produzir tensão capaz de influenciar o estado habitual de equilíbrio e bem-estar da pessoa e de induzir *stress*. A pessoa pode ser afetada por mais do que um *stressor* ao mesmo tempo e estes podem ser positivos ou negativos e intrapessoais, interpessoais ou extrapessoais. Para que ocorra a reconstituição (retorno a um estado de equilíbrio ou homeostasia), o sistema necessita de responder de forma eficaz (adaptação) aos *stressores*, e para isso necessita de despende energia, processo denominado por Neuman (2010) como grau de reação.

Em torno da estrutura básica do sistema (círculo central do modelo que representa o cliente/sistema-cliente) surgem as linhas de defesa (linha flexível e normal) que têm como objetivo a proteção desta estrutura. A linha flexível de defesa encontra-se na linha concêntrica mais externa do sistema e funciona como “escudo” de proteção para a manutenção da estabilidade do sistema (Neuman e Fawcett, 2011). A linha normal de defesa caracteriza o cliente no seu estado de equilíbrio no sistema, aquilo que ele é, tendo em conta a adaptação das suas variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, desenvolvimentais e espirituais aos *stressores* ambientais atingindo o máximo de bem-estar (Neuman e Fawcett, 2011). Sempre que uma situação atinge a estrutura básica, ativando a linha normal de defesa estamos perante um *stressor* (Neuman e Fawcett, 2011). Mais próximo da estrutura básica encontram-se as linhas de resistência cuja função é de proteção desta estrutura quando um *stressor*, ou vários, ultrapassaram as linhas de defesa e desestabilizaram o sistema. São recursos internos e externos que irão lidar com o grau de

desestabilização do sistema, tendo em conta a interação entre as variáveis do cliente (Neuman, 2010).

Por fim, Neuman (2010) considera a enfermagem como uma profissão única, que intervém em todas as variáveis que influenciam as respostas do cliente aos *stressores*. Os cuidados de enfermagem, segundo Neuman (2010), têm como finalidade o suporte à estabilidade do sistema-cliente, pelo reconhecimento dos *stressores* e apreciação da provável reação aos mesmos, para posterior implementação das estratégias de intervenção, com foco na maximização do bem-estar.

Com a finalidade de apoiar o cliente a manter a estabilidade do sistema, Neuman identificou três níveis de prevenção: primária (reduz a eventualidade do cliente enfrentar *stressores*, ou intervem de modo a fortalecer a linha de defesa flexível); secundária (após o contacto do *stressor* com o sistema, deteta precocemente a situação geradora de *stress* e intervem no tratamento dos sintomas, de modo a restabelecer o sistema) e terciária (reforça a resistência aos *stressores*, centrando-se na adaptação para atingir a máxima estabilidade possível do sistema) (Neuman e Fawcett, 2011).

As respostas do cliente aos *stressores* dependem dos níveis de energia disponíveis no sistema. Implícito à conceção de saúde e doença, emergem os conceitos de entropia e negentropia. Segundo Neuman e Fawcett (2011), entropia é um processo de esgotamento, em que as necessidades de energia são superiores às que o sistema pode despender, que desloca o sistema no sentido da doença. No sentido oposto, surge o conceito de negentropia, que é um processo em que os níveis de energia disponíveis superam as necessidades e que move o sistema em direção a um estado de equilíbrio ou de bem-estar (Neuman e Fawcett, 2011). A enfermagem atua na conservação da energia, de forma a impedir o movimento em direção à entropia (doença), facilitando o movimento de negentropia (bem-estar).

A opção por este modelo relacionou-se com a natureza da problemática e as características do sistema-cliente. É um modelo que define a criança como um ser holístico em constante mudança, que é fortemente influenciada pelo ambiente e pelos *stressores* que sobre ela incidem. A hospitalização e o processo cirúrgico têm

impactos significativos na criança e família, sendo fundamental compreender os fatores que influenciam a homeostasia do sistema e os processos de saúde e doença.

O modelo de sistemas de Betty Neuman consolida ainda a importância de uma filosofia de cuidados pediátricos baseada nos CCF e na prestação de CNT, uma vez que reconhece que a família é parte integrante do sistema da criança da qual depende e promove intervenções no sentido da maximização do seu bem-estar.

No decorrer do meu trajeto de desenvolvimento de competências para EEESCJ, o referencial teórico apresentado revelou-se fundamental para a consecução de forma sustentada dos objetivos que delineeii, tendo sempre como alvo a maximização da saúde da criança e família.

## **1.2. Os cuidados de enfermagem na preparação da criança e família para cirurgia**

A hospitalização por si só, constitui um fator de *stress* na vida de uma criança, devido à rutura dos seus padrões normais de vida e à particularidade dos mecanismos de defesa reduzidos para enfrentar experiências adversas (Sanders, 2014). A separação dos pais, os sons, o local e as pessoas desconhecidas, a perda de controlo e autonomia, o medo da dor, dos procedimentos e da morte, são identificados como os principais *stressores* da hospitalização (Burns-Nader e Hernandez-Reif, 2016).

A resposta à experiência de *stress* é influenciada por diversos fatores, nomeadamente: a experiência anterior de doença, separação, hospitalização, a idade de desenvolvimento da criança, os seus mecanismos de *coping*, a gravidade do diagnóstico e o sistema de apoio disponível (Sanders, 2014).

A cirurgia é um acontecimento associado à hospitalização, que pode provocar *stress* devido ao medo do desconhecido, perda de controlo e ausência de familiaridade com o ambiente (Healy, 2013; Dionigi, Sangiorgi e Flangini, 2014). Para os pais e crianças, a preparação para a hospitalização e cirurgia revela-se como a melhor forma de diminuir a ansiedade e o medo, e de capacitar os pais no suporte psicológico da criança, permitindo a sua cooperação e participação no tratamento (Fincher et al., 2012; Copanitsanou e Valkeapää, 2013; Burns-Nader e Hernandez-Reif, 2016).

A preparação da criança e família para a cirurgia, surge então, como uma intervenção autónoma de enfermagem inserida num contexto de atuação

multiprofissional, em que o enfermeiro implementa um conjunto de técnicas estruturadas com o propósito de diminuir o medo e ansiedade (OE, 2011). É uma estratégia de informação e preparação que permite munir a criança e família de informação sensorial e processual relativamente à cirurgia e ao internamento (MacLaren e Kain, 2007).

Um estudo realizado com crianças em idade escolar, concluiu que a preparação para cirurgia lhes permite um maior entendimento, aceitação e reconhecimento dos procedimentos cirúrgicos; estabelecer mais facilmente uma relação terapêutica com a equipa de enfermagem; descrever menos medo e vivenciar a experiência como fonte de aprendizagem (Teixeira e Figueiredo, 2009). Boles (2016), também evidencia a capacitação da criança para a gestão de procedimentos e experiências futuras como um resultado da preparação para cirurgia. Outro estudo, refere ainda a redução do tempo de internamento e a minimização da dor experimentada após a cirurgia, como potenciais impactos positivos da preparação para cirurgia (Edward, Sanderson e Giandinoto, 2015).

Na sua revisão, AL-Sagarat, Al-Oran, Obeidat, Hamlan, e Moxham (2017) identificaram a informação, o brincar terapêutico e a intervenção de palhaços, como as principais intervenções na preparação da criança e família para cirurgia.

A necessidade de informação nos cuidados de saúde emerge focada num problema, sendo partilhada por um profissional de saúde, usando técnicas de comunicação adequadas e ajuda as pessoas na adaptação às diferentes situações (Timmins, 2006). As famílias apresentam necessidades de informação sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico, condição da criança durante sua hospitalização, bem como desejam receber explicações sobre a patologia da criança e seus principais sinais e sintomas e o tipo e motivo dos procedimentos realizados aos seus filhos (Andrade, Marques, Leite, Martimiano, Santos, Pan, ... e Nascimento, 2015).

Buckley e Savage (2010) referem que as principais necessidades de informação das crianças se prendem com os procedimentos que causam dor e desconforto e a presença dos pais. Coyne e Kirwan (2012), num estudo sobre os desejos e sentimentos sobre a vida no hospital concluiu que as crianças querem

expressar suas opiniões, fazer perguntas e receber informações sobre os cuidados e procedimentos.

É importante, transmitir a informação necessária e ajudar os pais e a criança a procurar informação (Sanders, 2014). Esta informação completa, correta e sem vieses, vai permitir o controlo do espaço, compreender o sofrimento da criança e esclarecer os papéis de todos os intervenientes, promovendo a tomada de decisão (IPFCC, 2017). Na relação de parceria com a família há complementaridade na partilha de informação (IPFCC, 2017). A família conhece os hábitos da criança, as suas preferências, como reage à dor e os enfermeiros conhecem as reações da criança à hospitalização, monitorizam a doença e as complicações. Os pais conhecem a individualidade, as respostas e comportamentos da criança, enquanto que os enfermeiros têm a informação da doença e suas complicações. Quando esta informação é partilhada e integrada na prestação de cuidados podemos afirmar que prestamos cuidados individualizados e centrados na família (IPFCC, 2017; Sanders, 2014).

Perry et al. (2012), na sua revisão sistemática da literatura revelam que a qualidade, o momento e o meio de transmissão da informação, é fundamental para a eficácia dos programas de preparação para cirurgia, podendo prevenir muitas manifestações comportamentais e fisiológicas da ansiedade (aumento da angústia, pesadelos, ansiedade de separação, distúrbios alimentares, enurese...).

A idade a partir da qual a criança pode ser preparada para cirurgia não é um aspeto consensual. Alguns estudos referem que a partir dos 9 meses de idade pode ser incentivado o contacto da criança com material potencialmente ameaçador (OE, 2011). No entanto, numa revisão sistemática da literatura, os investigadores concluem que os programas de preparação para a cirurgia reduzem a ansiedade pré-operatória na criança a partir dos 4 anos, mencionando alguns estudos que apontam para o facto de preparação da criança entre o primeiro e o quinto ano de vida não reduzir a ansiedade, podendo tal ser atribuído à circunstância de estas crianças terem um maior risco de desenvolver ansiedade extrema e, portanto, a preparação poder não ser suficiente para reduzir a ansiedade (Copanitsanou e Valkeapää, 2013).

Panella (2016), também refere que os lactentes (28 dias – 1 ano) e os *toddlers* (1-2 anos) não beneficiam de uma preparação para a cirurgia. Estas crianças contam

com seus pais para atender às suas necessidades e podem ser tranquilizadas através de objetos de conforto como a chucha, o cobertor, a fralda de pano e como interação com seu ambiente através dos seus sentidos, também podem ser usados balanços suaves, distração com música ou brinquedos (Panella, 2016). A intervenção de enfermagem passa pela orientação antecipatória à família relativamente à cirurgia, possíveis reações do(a) filho(a) e de como o(a) podem ajudar a desenvolver estratégias de adaptação à situação vivida (Fincher et al., 2012). Na revisão integrativa de Andrade et al., (2015) é evidente a necessidade de apoio emocional por parte dos pais, referindo estes, que gostariam de poder contar com a equipa para ajudá-los a gerir seus sentimentos e a lidar com as dificuldades.

Na criança pré-escolar (3-5 anos) cujo pensamento simbólico está em desenvolvimento, mas que já tem capacidade de iniciativa e quer controlar o seu mundo (Monroe, 2014), a intervenção de enfermagem pode passar por explicações simples e uso de palavras neutras para descrever o procedimento (por exemplo: creme anestésico = pomada mágica, anestesia = sono especial do hospital) e proporcionar a brincadeira lúdica, como contar histórias ou modelagem (num boneco, ou nos pais), permitindo a exploração de equipamento clínico (por exemplo: manga de pressão arterial, máscara de anestesia, sistema de soro, elétrodos...) (Panella, 2016; OE, 2011). Estas intervenções podem ser úteis para ganhar a sua confiança e cooperação (Panella, 2016; OE, 2011).

A criança em idade escolar (6-12 anos) já é capaz de compreender o conceito de doença e do procedimento cirúrgico (Rodgers, 2014). Tem medo do desconhecido, da perda de controlo, da lesão corporal e dor, especialmente nos procedimentos na área genital. Já tolera a separação dos pais, mas continua a querer tê-los junto a si (Rodgers, 2014). O brincar terapêutico, enquanto conjunto de atividades estruturadas para preparar as crianças para procedimentos e minimizar a experiência emocional negativa da hospitalização (Li e Lopez, 2008), revela-se também nesta faixa etária como uma intervenção eficaz na sua preparação para a cirurgia.

Num estudo realizado por Vaezzadeh, Douki, Hadipour, Osia, Shahmohammadi e Sadeghi (2011), que incluiu 122 crianças entre os 7 e os 12 anos de idade, sujeitaram o grupo experimental não só às rotinas pré-operatórias habituais, como também ao jogo terapêutico. As crianças submetidas ao jogo terapêutico

apresentaram níveis de ansiedade significativamente mais baixos, afirmando-se assim o jogo terapêutico como uma intervenção eficaz na diminuição da ansiedade da criança, na sua preparação para a cirurgia.

A intervenção à criança em idade escolar pode incluir a visita ao local de operação, encorajar a criança a explorar equipamento clínico e demonstração de procedimentos em bonecos (Li e Lopez, 2008; AL-Sagarat et al., 2017). As imagens e outros recursos visuais são particularmente eficazes para este grupo etário (Panella, 2016). A evidência científica aponta para a efetividade do livro de imagens na redução da ansiedade pré-operatória da criança dos 6 aos 12 anos (Noronha e Shanthi, 2015). Nilsson, Svensson e Frisman (2016), desenvolveram e avaliaram o uso de um livro de imagens específico com o objetivo de preparar crianças para anestesia e cirurgia e concluíram que o livro de imagens foi útil para preparar as crianças pequenas (2-12 anos) para anestesia e cirurgia, explicando os procedimentos que ocorreriam. Fernandes, Arriaga e Esteves (2014) desenvolveram e testaram materiais pedagógicos (brochura, um jogo de tabuleiro e um vídeo) no pré-operatório de crianças (8-12 anos), concluindo que estes instrumentos se revelaram úteis para diminuir as preocupações da criança, bem como a ansiedade parental, reforçando a necessidade da sua implementação e disponibilização nos hospitais pediátricos portugueses.

Já no adolescente, o medo da lesão corporal, da morte, da dor, da perda de identidade e controlo são os maiores *stressores* (Saewyc, 2014). O adolescente está preocupado com a imagem corporal, e com a possibilidade de a cirurgia afetar a relação com o seu grupo de pares (Saewyc, 2014). A preparação do adolescente para a cirurgia implica inevitavelmente o seu envolvimento em todo o processo, desde a compreensão da necessidade e indicações para cirurgia, ao incentivo e apoio na tomada de decisão (OE, 2011). Pode beneficiar de explicações mais detalhadas e recursos visuais, pelo que usar livros de anatomia pode ajudar o adolescente a sentir-se mais confortável e criar oportunidade de este colocar questões (Panella, 2016). Ensinar estratégias de confronto como a autoinstrução, ajudando o adolescente a encontrar factos e pensamentos positivos sobre o acontecimento gerador de medo, (por exemplo: não demora muito, vai correr bem, sou capaz...) é uma intervenção a considerar na sua preparação para cirurgia (OE, 2011; Panella, 2016).

A resposta da criança é influenciada não só pelo seu estágio de desenvolvimento, mas também pelas suas experiências prévias com a doença, pelas ideias pré-concebidas, pela cultura, pelo seu estilo de confronto, pelo estilo parental no modo como lidam com a doença, pelas suas necessidades e gostos (OE, 2011). Na preparação da criança para a cirurgia, o enfermeiro intervém com o objetivo de capacitar as crianças de mecanismos de adaptação, que possibilitem um maior controlo sobre os acontecimentos.

Sjöberg et al. (2015) na sua análise com base em entrevistas com crianças com experiência do perioperatório argumentam a necessidade de melhorar a participação infantil e atender às necessidades das crianças nesse período.

Outro aspeto importante a ter em conta na preparação da criança para cirurgia é o *timing* mais adequado para essa preparação. A criança com menos de 5 anos deve ser preparada 1 a 2 dias antes da cirurgia (OE, 2011). Entre os 5 e os 12 anos, já pode existir um intervalo de 5 -10 dias entre a preparação e a cirurgia (OE, 2011). A partir dos 12 anos, o adolescente pode ser preparado desde que sabe que vai ser operado (OE, 2011). Em última instância se não se conseguir cumprir estes pressupostos, preparar a criança na véspera pode ser uma solução viável (OE, 2011).

Uma preparação para cirurgia dirigida às necessidades identificadas em cada criança e família pode transformar a situação de crise e geradora de *stress* relacionada com a cirurgia, numa situação de crescimento e de aprendizagem (OE, 2011). A evidência expõe a necessidade de investigar modalidades eficazes e rentáveis de preparação da criança para cirurgia, dado que esta prática ainda não tem uma aceitação generalizada no modelo de prestação de cuidados nas instituições de saúde (Perry et al., 2012).

De forma a relacionar os conceitos que nortearam o meu percurso de prestação de cuidados na preparação da criança e família para cirurgia, elaborei um esquema baseado no modelo de sistemas de Betty Neuman (Apêndice II). Este esquema permitiu-me ilustrar, visualizar e perspectivar de uma forma mais objetiva os principais conceitos do modelo, facilitando a sua aplicação na prática de cuidados.

## 2. PROBLEMA

Este capítulo pretende descrever o problema identificado na prática de cuidados e que motiva o desenvolvimento de novas estratégias no cuidado à criança e sua família, procurando a maximização do potencial do sistema familiar.

O serviço de internamento pediátrico, onde exerço a minha atividade profissional, admite crianças com patologias do foro médico e cirúrgico de diversas especialidades. A atividade cirúrgica total em 2016, correspondeu a 62% das crianças admitidas no serviço, tendo-se verificado um aumento de 42% na cirurgia de ambulatório (Rocha, 2017) (Anexo I). A equipa de enfermagem desenvolve um programa de preparação para cirurgia desde 1994, tendo sido pioneira no seu desenvolvimento em Portugal. Tem lugar uma vez por semana, com o horário restrito das 9h-13h e inclui três fases distintas e sequenciais. Primeiro uma reunião de grupo com crianças e famílias de qualquer faixa etária, onde descrevemos os acontecimentos do dia da cirurgia através da projeção de fotografias e da manipulação de algum material clínico, em seguida promovemos a visita do grupo ao serviço e por fim, realizamos uma consulta individual de enfermagem, seguida da consulta de anestesia. Na consulta de enfermagem, encorajamos a expressão emocional, ajudamos a criança e família a viver a sua experiência cirúrgica, informando sobre aspetos específicos da sua cirurgia (apoio de álbum seriado), validamos se a informação foi percebida e esclarecemos dúvidas ou preocupações relacionadas com a cirurgia, associando a entrega de um folheto informativo aos pais. São atendidas semanalmente entre 12 a 20 crianças e famílias.

O número de crianças abrangidas por este programa foi aumentando ao longo dos anos e em 2016 preparámos 635 crianças e famílias para cirurgia, abarcando quase a totalidade das crianças intervencionadas eletivamente (Rocha, 2017) (Anexo I).

Em consonância com a evidência científica e com os dados casuísticos anteriormente referidos, é visível a importância do desenvolvimento de estratégias de qualidade na preparação da criança e família para a cirurgia.

A preparação para cirurgia surge como atividade fundamental na promoção da qualidade dos cuidados à criança e família, no entanto, foi possível identificar que os

cuidados de enfermagem praticados no programa de preparação para cirurgia divergem em alguns pontos relativamente à evidência científica pesquisada sobre a temática. Por constrangimentos organizacionais, o programa de preparação, muitas vezes, não tem em conta o desenvolvimento da criança, o *timing* da preparação e o número de crianças a preparar, dificultando uma resposta adequada às necessidades e à individualidade da criança e família. No contexto atual, a qualidade dos cuidados é uma exigência que torna perentória a promoção de práticas baseadas na evidência.

Neste sentido, propus-me introduzir mudanças na prática clínica atual, baseadas em evidência atualizada e que permitam responder de forma efetiva às necessidades da criança e família. Para tal, delineei um conjunto de objetivos e atividades, que contribuirão para propor as alterações que emirjam como necessárias, para oferecer um programa de preparação à criança e família para cirurgia que proporcione o seu bem-estar e conseqüente melhoria da qualidade dos cuidados.

### 3. METODOLOGIA

Este capítulo pretende dar a conhecer a metodologia utilizada no desenvolvimento de competências para EE e EEESCJ.

Um projeto pode ser definido como um plano de trabalho que se elabora principalmente para analisar e/ou resolver um problema, que é reconhecido e inquieta os intervenientes que o irão realizar (Freitas, 2010). A metodologia escolhida para estudar o problema acima descrito foi a Metodologia de Projeto, dado basear-se numa pesquisa centrada num problema real identificado e na implementação de intervenções eficazes para a sua resolução. Esta metodologia, através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é impulsionadora de uma prática alicerçada em evidência (Freitas, 2010).

O principal objetivo da metodologia de projeto é a resolução de problemas, da qual resulta a obtenção de competências pessoais decursivas da elaboração e execução de projetos numa situação real. Este tipo de metodologia integra cinco etapas: diagnóstico da situação, definição dos objetivos, planeamento, execução e avaliação e divulgação dos resultados (em forma de relatório) (Freitas, 2010). As três primeiras etapas tiveram o seu início na UC Opção II, onde elaborei um projeto de estágio com a finalidade de planear um percurso formativo no desenvolvimento de competências para a aquisição do título de EEESCJ e de mestre em enfermagem.

A elaboração do projeto de estágio implicou uma revisão da literatura direcionada para a problemática. De forma a concretizar o projeto, dando resposta ao autodiagnóstico de competências comuns e específicas do EEESCJ, à orientação da OE para a atribuição do título de EE e à problemática identificada, planeei um estágio de aprendizagem distribuído por cinco contextos clínicos: Unidade de Saúde Familiar, Consulta Externa de Pediatria, Urgência Pediátrica, Neonatologia e Internamento de Pediatria e Cirurgia Pediátrica.

Nos estágios clínicos, momentos previligiados de observação e intervenção, com o objetivo de desenvolver capacidades, atitudes e competências (Alarcão e Rua, 2005), adotarei a prática reflexiva, enquanto premissa indispensável para o desenvolvimento de profissionais autónomos e críticos, auto conscientes e com atitudes reflexivas pré, pós e na ação (Peixoto e Peixoto, 2016).

#### **4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM**

Este capítulo relata o caminho percorrido, perspetivando o desenvolvimento de competências de EE e de EEESCJ, onde inicialmente irei fundamentar a escolha dos locais de estágio e em seguida descrever as atividades realizadas, numa lógica de análise crítica e reflexiva.

A seleção dos estágios e respetiva distribuição temporal (Apêndice III) foram consideradas de forma a desenvolver competências enquanto EEESCJ, nomeadamente na preparação da criança e família para cirurgia, perspetivando a aquisição do nível perito nesta área, tendo em conta a categorização de Benner (2005).

Os contextos foram seleccionados não só pelo facto de se articularem com o meu local de trabalho, mas também por serem unidades de referência na área da pediatria.

Unidade de Saúde Familiar (USF) - a opção por este local de estágio prendeu-se com a finalidade de aquisição de experiências e competências na área da saúde infantil comunitária, principalmente na avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento infantil e juvenil, adequando as intervenções ao estágio de desenvolvimento, dinâmica familiar e estabelecendo relações terapêuticas e parcerias promotoras do papel parental.

Consulta Externa de Pediatria (CEP) - a escolha deste serviço como campo de estágio pautou-se pelo facto de ser um hospital de referência nacional, no que diz respeito à consulta de preparação da criança e família para cirurgia. Esta experiência teve como finalidade de desenvolvimento de competências, principalmente na área da comunicação terapêutica com a criança e na prestação de cuidados especializados com foco na preparação da criança e família para cirurgia.

Urgência Pediátrica (UP) – a seleção deste contexto relacionou-se com a direta articulação com o meu local de trabalho (internamento de pediatria e cirurgia pediátrica), possibilitando o reforço da parceria de cuidados, incidindo na preparação

da criança submetida a cirurgia urgente e no desenvolvimento das competências de EEESCJ nos cuidados à criança em situação de especial complexidade.

Neonatologia (NEO) – este local foi escolhido por ser um serviço altamente diferenciado, com técnicas inovadoras como a hipotermia induzida e com excelentes resultados assistenciais. É reconhecido pela relação positiva que estabelece com as famílias, quer no internamento, quer no domicílio. O processo de interação entre os pais e o bebé é uma condição essencial ao seu tratamento e desenvolvimento, pelo que a promoção da parentalidade e vinculação foram o foco da minha atenção, para o desenvolvimento de competências no cuidar da criança em situações de especial complexidade.

Internamento de Pediatria e Cirurgia Pediátrica (IPCP) - serviço onde exerço funções e que possibilitou o desenvolver de competências na área da qualidade dos cuidados, através da implementação de intervenções baseadas na evidência, apostando na reflexão em equipa sobre o problema identificado e sua mobilização na mudança da prática.

No início de cada estágio elaborei um Guia Orientador constituído por um breve enquadramento teórico, os objetivos previamente definidos e as respetivas atividades propostas, com a finalidade de otimizar e potenciar a minha experiência formativa, pois ao possibilitar o conhecimento das minhas expectativas de aprendizagem, em conjunto com o enfermeiro de referência e o docente orientador, foi possível identificar contingências à concretização dos objetivos e respetivas atividades planeadas (Apêndice IV).

No final de cada estágio, foi elaborada uma síntese, apoiada numa metodologia descritiva e reflexiva, baseada na evidência científica e nas experiências da prática, com a finalidade de avaliar os objetivos propostos para cada contexto de estágio. Posteriormente foi discutida com a docente orientadora, num processo de supervisão clínica, visando promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica (OE, 2010<sup>a</sup>).

Face à problemática explanada e ao quadro conceptual apresentado, defini dois objetivos gerais: desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança, jovem e família, nos processos de saúde e

doença em diferentes contextos pediátricos e desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados em saúde da criança e do jovem, com foco na preparação da criança e família para cirurgia.

#### **4.1. Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança, jovem e família, nos processos de saúde e doença em diferentes contextos pediátricos**

Para a operacionalização deste objetivo geral, delineei os seguintes objetivos específicos:

- Estabelecer uma comunicação terapêutica com a criança e família nos vários estádios de desenvolvimento;
- Promover o crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem;
- Prestar cuidados de enfermagem à criança e família, com foco na gestão do *stress*, em situações de especial complexidade.

De seguida irei descrever e refletir sobre as principais atividades desenvolvidas nos diferentes contextos para dar resposta a estes objetivos específicos.

##### **4.1.1. Estabelecer uma comunicação terapêutica com a criança e família nos vários estádios de desenvolvimento**

A comunicação é uma competência fundamental nos cuidados de enfermagem, enquanto instrumento terapêutico quer na dimensão cognitiva quer na afetivo/emocional, constituindo um fator determinante na relação de ajuda e humanização dos cuidados. A OE refere ainda que:

o exercício profissional dos Enfermeiros Especialistas Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, é especificado a partir da filosofia de cuidados da enfermagem pediátrica que evidencia os cuidados centrados na família, com ênfase nas interações e processos comunicacionais que lhe estão subjacentes (...) (OE, 2015<sup>a</sup>, p.16661).

Deste modo, a perícia nas estratégias de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança é inerente ao perfil de competências do EEESCJ.

Através da comunicação, consegui perceber os significados que a criança e família atribuem à doença, à hospitalização e à cirurgia, permitindo-me desenvolver uma intervenção individualizada, face às necessidades da criança e família.

Num estudo sobre o conceito de uma boa enfermeira para a criança hospitalizada, o tom de voz calmo e gentil ao falar com as crianças e o uso de termos carinhosos foram valorizados pela criança (Brady, 2009). No sentido de criar um ambiente terapêutico eficaz à comunicação, adotei gestos suaves e um tom de voz suave e amistosa e assumi, sempre que adequado à faixa etária, uma posição ao nível da criança. Apresentei-me, perguntei o nome de cada membro da família presente e questionei o nome pelo qual a criança preferia ser tratada. Recorri a estratégias de comunicação não verbais e verbais, adequando a linguagem de acordo com a idade e o seu desenvolvimento cognitivo.

No estágio na USF, observei a relação de proximidade que o enfermeiro estabelece com a família, pois ao acompanhar os vários elementos de uma mesma família nas diferentes fases do seu ciclo de vida, consegue criar laços de confiança, o que contribui para a partilha de informação com o enfermeiro relativamente às suas necessidades físicas e emocionais e deste modo uma prestação de cuidados centrada na família. É através deste conhecimento total do cliente, da sua estrutura básica composta por cinco variáveis (fisiológica, psicológica, sociocultural, desenvolvimental e espiritual) que o enfermeiro reconhece as necessidades e respostas da família no processo de cuidar (Neuman e Fawcett, 2011).

Tive oportunidade de observar e realizar consultas a crianças de todas as faixas etárias, no entanto, a grande maioria, variou entre os 4 meses e os 18 meses.

Nesta atividade pude desenvolver e aperfeiçoar competências na área da relação terapêutica e comunicação e através da avaliação do desenvolvimento da criança, na sua avaliação estatuto-ponderal (com registo no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSIJ)) e psicomotora (rastreamento auditivo, visual, de competências neurológicas e motoras) bem como o cumprimento do Programa Nacional de Vacinação (PNV, 2017).

A estratégia de comunicação que mais utilizei neste estágio foi a do envolvimento da família, permitindo moderar a ansiedade, o medo, a insegurança da criança. Refleti sobre as estratégias mais adequadas de comunicação, com destaque preferencial para a idade *toddler* ao realizar um jornal de aprendizagem (Apêndice V). Esta reflexão incidiu nesta faixa etária pelo desafio acrescido associado às particularidades que esta fase de desenvolvimento da criança apresenta e tal como

referi anteriormente ao facto de a maior parte dos clientes da consulta estarem inseridos nesta faixa etária.

O EEESCJ pode ajudar os pais na educação da criança, ajudando-os a colocar limites e disciplina tão necessários ao desenvolvimento da mesma. Estes são fundamentais para que a criança teste os limites do seu controlo, adquira competências, se proteja do perigo, aprenda um comportamento social aceitável e transforme sentimentos indesejáveis em atividades criativas (Hockenberry, 2014). Este Jornal de aprendizagem, além de me possibilitar a reflexão sobre o conceito de parentalidade positiva, permitiu-me aprofundar conhecimentos sobre desenvolvimento infantil neste estágio e assim poder adequar a minha intervenção, nomeadamente as estratégias de comunicação mais adequadas, como o brincar, o envolvimento parental ou a utilização de um objeto de transição.

No estágio realizado na CEP tive oportunidade de observar e participar na consulta de preparação para cirurgia a crianças de todas as faixas etárias, no entanto, a minha participação incidiu na criança em fase escolar, pois identifiquei esta faixa etária como aquela em que necessitava de desenvolver mais competências de intervenção. Nesta atividade pude desenvolver e aperfeiçoar competências na área da relação terapêutica e comunicação. Tentei utilizar termos concretos, não abstratos e meios visuais para explicar o que ia acontecer, evitando palavras com duplo significado e tendo em conta o número de palavras e extensão das frases adequadas ao nível de compreensão da criança (Richman, 2000; Brown, 2014). Enfatizei a sequência e os aspetos sensoriais (o que ia sentir, ver, cheirar, tocar e ouvir), sem esquecer de referir o que a criança podia fazer durante o procedimento (MacLaren e Kain, 2007; Brown, 2014). A estratégia de comunicação que mais utilizei neste estágio foi a brincadeira, assumindo-se como o instrumento terapêutico de eleição, servindo de demonstração e modelagem de forma a proporcionar o estabelecimento de uma relação de confiança e segurança. O brincar promove o desenvolvimento de estratégias para lidar com o *stress*, reduz a ansiedade da separação, minimiza o impacto do procedimento, colocando a criança numa posição ativa, facilitando o autocontrolo, ao dar-lhe oportunidade de tomar decisões (Sanders, 2014; Tavares, 2011). Por exemplo, contar uma história ou brincar com pequenos bonecos com

partes móveis que compõem o cenário do bloco operatório para preparar a criança para a cirurgia.

Um estudo observacional identificou o uso frequente de sugestões negativas por parte do enfermeiro na preparação da criança e família para cirurgia. A evidência atual sugere que este tipo de abordagem comunicacional pode influenciar negativamente a experiência da criança e família (Perry, Samuelsson e Cyna, 2015). Os autores referem que por exemplo, ao discutir a dor pós-operatória e o desconforto, em vez de dizer " nós vamos dar-lhe analgésicos após a operação para não ter dor" será mais positivo referir "quando acordar, vamos verificar e garantir que esteja confortável". Para as náuseas e os vômitos, uma opção seria dizer "vamos dar-lhe alguns medicamentos durante a operação para ajudá-lo a comer e beber o mais cedo possível após a operação", em vez de " nós vamos dar-lhe medicamentos para evitar que você se sinta nauseado ou com vômito após a operação" (Perry et al., 2015). No estágio tentei aplicar este conhecimento, empregando técnicas de comunicação neutras, com a evasão de palavras ou frases que pudessem desencadear experiências negativas na criança e família. No entanto, reconheço que a minha experiência profissional de dezoito anos a utilizar algumas sugestões negativas, influenciaram a comunicação com a criança e família na preparação para cirurgia e utilizei algumas palavras e frases com sentido negativo. No entanto, foi algo que tentei trabalhar no estágio e tomar consciência foi um primeiro passo que considero importante.

A intervenção do enfermeiro na UP inicia-se na sala de triagem. A triagem consiste num processo de avaliação clínica preliminar que classifica os clientes segundo o seu nível de urgência, estabelecendo graus de prioridade de atendimento, o tipo de resposta assistencial e os recursos necessários (Andrade, Carvalho, Fernandes e Casanova, 2008). Através da avaliação inicial da criança, pretende-se atender de forma mais célere as crianças com maior gravidade clínica ou com maior risco de agravamento por demora no tratamento (Andrade et al., 2008).

É na triagem que ocorre a primeira interação da criança e família com o enfermeiro, sendo fundamental transmitir-lhes um sentimento de confiança na equipa multidisciplinar, através de um contacto acolhedor e empático, transferindo segurança e cordialidade e demonstrando disponibilidade para responder às suas necessidades.

Esta intervenção inicial será crucial para a minimização dos efeitos negativos da experiência, acentuando os aspetos mais positivos (Fernandes, 2012).

Neste contexto observei a realização de triagem pelo EEESCJ e percebi que este processo exige formação e treino, capacidade de interpretação e avaliação. Foi a área de cuidados neste estágio onde a minha autonomia foi menor, mas também aquela que despertou em mim mais curiosidade e satisfação, não só por ser uma área que nunca tinha experienciado, quer no contexto profissional, quer no contexto de estudante, mas também pela possibilidade de desenvolver o raciocínio clínico, a formulação de hipóteses, o reconhecimento de padrões e a intuição, enquanto requisitos fundamentais para esta atividade. Na colaboração com o EEESCJ, sempre que possível, apresentei-me pelo nome, tive em atenção o tom de voz, a linguagem, a postura, a expressão facial com o objetivo de criar uma dinâmica de respeito e confiança. Ao proporcionar um ambiente acolhedor, os pais e as crianças conseguiram expressar de forma mais efetiva as suas preocupações e o motivo que os levaram a recorrer ao serviço de urgência.

O grande desafio na triagem é comunicar eficazmente num curto espaço de tempo. Procurei desenvolver uma atitude assertiva que passou por escutar com atenção a criança e família, mostrando disponibilidade, ajudando-os a organizar o seu discurso, por vezes confuso como pude constatar, procurando manter uma postura de tranquilidade, segurança e cordialidade e tentar assim, minimizar os fatores de *stress* associados ao episódio de doença.

Neste percurso, tive também oportunidade de aprofundar conhecimentos na prestação de cuidados transculturais. Para uma comunicação verbal e não-verbal eficaz é fundamental que os profissionais de saúde possuam conhecimentos transculturais (Purnell e Paulanka, 2010). Estes autores referem ainda que é importante conhecer os nossos preconceitos para o desenvolvimento da competência cultural. O Brasil, os países do Leste Europeu, Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOPs) e Asiáticos surgiram como nações de origem de imigração da população à qual prestei cuidados.

Segundo Vilelas e Janeiro (2012), na cultura ucraniana, a expressividade é reservada, o contacto com os olhos é ocasional e os gestos das mãos e do corpo são reduzidos ao mínimo. Este tipo de informação é de extrema importância para a

comunicação e interação com esta população. Foi essencial ter o conhecimento que os africanos apenas olham diretamente a pessoa em algumas situações, tendo em conta alguns aspetos como a idade, o sexo, a posição social, a posição econômica e o nível de autoridade da pessoa com quem estão a comunicar (Vilelas e Janeiro, 2012). Numa das consultas de preparação para a cirurgia em que participei, a mãe de uma criança africana, referiu que não olhou o médico anestesista, nem tinha colocado qualquer questão, pois não se sentia à vontade, o que vai de encontro ao referido pelos autores acima citados.

Nas famílias asiáticas (japonesas e chinesas), o núcleo familiar é muito valorizado, encarando os problemas da família como privados, mostrando-se reticentes em divulgar aos outros, as suas dificuldades em lidar com a situação (Seligman e Darling, 2007). Este conhecimento foi essencial para estar mais atenta à rede de suporte familiar e até mesmo compreender, o porquê de reduzirem ao máximo a expressão das suas emoções relativamente à situação de doença.

O conhecimento das diversas culturas é de extrema importância para a comunicação e interação com a população, compreendendo melhor a sua forma de comunicar, permitiu-me compreender as suas respostas e ir ao encontro das suas necessidades.

Nos diversos estágios aprofundei conhecimentos sobre a comunicação com a criança nos vários estádios de desenvolvimento, observei as estratégias utilizadas pelo EEESCJ no que respeita à comunicação com a criança e família, estabeleci processos de interação/comunicação com os mesmos e refleti sobre as estratégias mais adequadas de comunicação. Estas atividades revelaram-se contributos únicos promotores do desenvolvimento de competências específicas enquanto futura EEESCJ, no domínio E.3 “Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e do desenvolvimento da criança e do jovem”, especialmente na unidade de competência E 3.3. “Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (OE, 2010<sup>b</sup>).

#### 4.1.2. Promover o crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem

O EEESCJ tem a responsabilidade de promover o mais elevado estado de saúde possível da criança e família, em qualquer contexto em que ela se encontre, (OE, 2010<sup>b</sup>, 2015<sup>a</sup>), sendo o foco do desenvolvimento infantil transversal a todos os contextos. “Promover o desenvolvimento infantil é ajudar a criança em parceria com a família, na sua circunstância de vida e no seu tempo, a desenvolver-se dentro dos padrões esperados para a sua idade, respeitando o seu ritmo” (OE, 2010<sup>c</sup>, p.71).

Na USF destaco o facto de este contexto ter permitido prestar cuidados a crianças saudáveis e contribuir para o seu percurso de desenvolvimento harmonioso, sendo o cuidado antecipatório e a prevenção os pilares chave da intervenção do EEESCJ.

De acordo com o modelo de Betty Neuman (2010), o enfermeiro de família na área da saúde infantil, atua especialmente no nível de prevenção primária, que reduz a eventualidade do cliente enfrentar *stressores*, ou intervém de modo a fortalecer a linha de defesa flexível. Os cuidados antecipatórios ou a deteção de situações de risco e vulnerabilidade, poderão ser integrados neste nível.

A principal atividade desenvolvida neste estágio foi a de observação participante em consultas de saúde infantil. Para tal, documentos como Programa Nacional de Vacinação (PNV, 2017) e o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ, 2013), constituíram-se verdadeiras ferramentas de trabalho, norteando a minha intervenção. Estes dois documentos indicam a consulta de enfermagem em períodos importantes na vida da criança (idades chave), relativos às etapas do desenvolvimento psicomotor e de socialização. Valorizam ainda os cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, educando para uma parentalidade positiva, facilitando aos pais a literacia em saúde necessária para facilitar o melhor desempenho parental para o saudável crescimento e desenvolvimento da criança. Deste modo, a consulta de enfermagem de saúde infantil surge como a oportunidade ideal para informar e orientar os pais e cuidadores a compreenderem o desenvolvimento dos seus filhos e a prepararem-se antecipadamente para os desafios próprios de cada idade.

Relativamente à avaliação do crescimento e do desenvolvimento da criança foi uma área em que, apesar de já ter alguma experiência, tive necessidade de

aprofundar conhecimentos e acima de tudo sistematizar o processo. O maior desafio consistiu na aplicação da escala de avaliação de desenvolvimento de uma forma organizada e sistemática, tal como é preconizado pelo PNSIJ. No estágio, desenvolvi competências de apreciação e interpretação do crescimento e desenvolvimento infantil ao participar nas consultas de saúde infantil com a aplicação do instrumento de rastreio – Escala de Avaliação de Competências no Desenvolvimento Infantil (Escala Mary Sheridan).

Na CEP e UP o maior desafio consistiu na avaliação de desenvolvimento tendo em conta a observação do comportamento e respostas da criança. Esta avaliação inicial, realizada nos primeiros momentos da interação (na consulta, na triagem, sala de tratamentos, pequena cirurgia ou internamento de curta duração) assumiu uma enorme relevância para a tomada de decisão relativamente à intervenção de enfermagem.

Na CEP a intervenção de enfermagem é principalmente direcionada para os pais, quando a criança tem idade inferior a cinco anos. Esta passa pela orientação antecipatória à família relativamente à cirurgia, das possíveis reações do filho(a) e de como podem ajudar o seu filho(a) a desenvolver estratégias de adaptação à situação vivida (Fincher et al., 2012). No estágio preocupei-me em transmitir informação sobre o que se vai passar com o seu filho(a), como devem lidar com as sensações e reações da criança, como ajudar a distraí-la ou acalmá-la. Incentivei-os também a pedir ajuda. A evidência científica refere que ao diminuir a fonte de *stress* parental, tensão emocional, a sua ansiedade, os seus medos, os pais vão sentir controlo sobre a situação e sobre o ambiente (Fincher et al., 2012).

Apesar de o procedimento de enfermagem de preparação para a cirurgia da CEP referir que a preparação é dirigida aos pais sempre que a criança tem menos de cinco anos, o que observei e pratiquei, é que de acordo com o interesse e necessidade da criança é realizada preparação para a cirurgia antes dessa idade, adequada ao seu desenvolvimento. Esta preparação incidiu no fator de *stress* major que é a separação parental, incentivando os pais a acompanharem a criança durante todo o processo e assegurando à criança a possibilidade de os pais estarem sempre presentes. Sempre que a criança demonstrou curiosidade, foi incentivada a manusear algum material clínico, tendo em atenção o uso de uma linguagem simples para

explicar a finalidade dos mesmos. Por exemplo, referi que a máscara tem um cheirinho especial que faz dormir, ou que o estetoscópio serve para ouvir o coração.

O conhecimento de cada etapa de desenvolvimento é fundamental para a intervenção junto da criança na preparação para a cirurgia. Consciente que a resposta da criança é influenciada não só pelo seu estágio de desenvolvimento, mas também pelas suas experiências prévias com a doença, pelas ideias pré-concebidas, pela cultura, pelas seu estilo de confronto, pelo estilo parental no modo como lidam com a doença, pelas suas necessidades e gostos, desenvolvi na preparação para a cirurgia, intervenções com o objetivo de capacitar as crianças de mecanismos de adaptação, que possibilitassem um maior controlo sobre os acontecimentos, como por exemplo, a brincadeira lúdica ou a modelagem. Estas e outras intervenções serão identificadas posteriormente, no âmbito do objetivo específico: conhecer as intervenções de enfermagem para a preparação da criança para cirurgia.

Na UP tive oportunidade de preparar três crianças para cirurgia urgente, uma criança em idade escolar, e as outras duas adolescentes, todas com o diagnóstico de apendicite. Na sua preparação, revelou-se essencial conhecer a fase do desenvolvimento em que cada uma se encontrava para adequar a minha intervenção. Na criança em idade escolar, tive presente que ainda tem medo do desconhecido, da perda de controlo, da lesão corporal e dor, especialmente nos procedimentos na área genital. Já tolera a separação dos pais, mas continua a querer tê-los junto a si (Rodgers, 2014). Já no adolescente, o medo da lesão corporal, da morte, da dor, da perda de identidade e controlo são os maiores *stressores*. O adolescente está preocupado com a imagem corporal e com a possibilidade de a cirurgia afetar a relação com o seu grupo de pares (Saewyc, 2014).

Sempre que pertinente para a situação de cuidados, promovi orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil, no que diz respeito à segurança e prevenção de acidentes por exemplo, o correto transporte de crianças na cadeira de transporte no estágio na NEO. Numa das situações de cuidados na UP, na unidade de internamento de curta duração (UICD), ao identificar alguns aspetos menos corretos da dieta da criança, incentivei a criança a jogar um jogo do site Nutriventures Em busca dos 7 reinos (<https://www.nutriventures.com/pt/login.php>). A Nutri Ventures® é um projeto de animação infantil,

desenvolvido pela Direção Geral de Saúde (DGS) em conjunto com a Direção Geral de Educação (DGE), que visa estimular as crianças à prática de estilos de vida saudáveis, nomeadamente alimentação completa, variada e equilibrada. Ciente de que a tecnologia digital é uma realidade da nossa sociedade e que é cada vez mais usada pelas crianças, a minha prática baseou-se na evidência que reconhece que as tecnologias podem ser benéficas para a criança.

No sentido de aprofundar conhecimentos na área do desenvolvimento infantil, participei na Conferência Internacional “Addressing and supporting family and child wellbeing | 15 years of Touchpoints in Portugal” no dia 9 e 10 de novembro (Anexo II). Esta conferência possibilitou uma reflexão sobre o bem-estar das crianças e suas famílias, com base no Modelo *Touchpoints*. Este modelo constitui-se como uma teoria dinâmica do desenvolvimento, com implicações na modificação de práticas não só na saúde em pediatria, mas também na área da educação, intervenção precoce e serviços sociais (Fundação Brazelton/Gomes Pedro, 2017). O bem-estar, como estado dinâmico relacionado com a realização social e pessoal, invoca uma perceção multidimensional e sistémica, que incorpora uma perspetiva objetiva (rendimentos familiares, os recursos educacionais, o estado de saúde) e subjetiva (indicadores relacionados com a perceção de felicidade, qualidade de vida e satisfação com o modo de vida) (Fundação Brazelton/Gomes Pedro, 2017). Os avanços em neurociência têm permitido gerar evidências que nos dizem que é nos primeiros anos de vida que a interação do potencial genético com as experiências precoces, constrói os caminhos neurais e conexões que são os alicerces para todo o desenvolvimento posterior, sendo por isso, fundamental, nestes períodos sensíveis de vida (*Touchpoints*), cuidar e proteger o bem-estar, saúde e desenvolvimento da criança (Fundação Brazelton/Gomes Pedro, 2017). A participação nesta conferência e a tomada de conhecimento de novas realidades e perspetivas de cuidados, enquadradas no Modelo dos *Touchpoints*, contribuiu para o desenvolvimento da competência “assiste a criança/jovem e família, na maximização da sua saúde” (OE, 2010<sup>b</sup>, p.2). Ao obter um maior conhecimento desta teoria dinâmica de cuidar, considero estar mais competente para proteger o bem-estar, saúde e desenvolvimento da criança.

Tive ainda oportunidade de estagiar dois dias num Centro de Desenvolvimento da Criança (CDC), que presta serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento de todo o tipo de doenças neurológicas, agudas e crônicas e perturbações do desenvolvimento psicomotor. Neste local pude observar consultas de neonatologia e do núcleo de Espinha Bífida. A intervenção do EEESCJ passa por assumir-se como gestor de caso das famílias, sendo o elemento de articulação com a equipa multidisciplinar e a comunidade. Apesar do tempo reduzido de estágio, esta experiência permitiu-me aprofundar conhecimentos sobre este método de trabalho, (gestor de caso) descrito como promotor da qualidade, pois contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados, constituindo um elemento importante na procura permanente da excelência no exercício profissional do EEESCJ (OE, 2015<sup>b</sup>).

Estas atividades permitiram-me desenvolver competências específicas enquanto futura EEESCJ, no domínio E3. “Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e do desenvolvimento da criança e do jovem”, especialmente na unidade de competência E 3.1. “Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” (OE, 2010<sup>b</sup>, p.5). Aprofundei conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento infantil, observei e participei em consultas, onde avaliei e registei alguns parâmetros de crescimento e desenvolvimento e transmiti orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil.

#### 4.1.3. Prestar cuidados de enfermagem à criança e família, com foco na gestão do stress, em situações de especial complexidade

Procurei cuidar da criança e família nas situações de especial complexidade, considerando-os, como parceiros e alvo dos meus cuidados. Na USF, houve possibilidade de experienciar duas visitas domiciliárias a uma criança de cinco anos em situação de cuidados paliativos, com um atraso de desenvolvimento psicomotor e um problema gastrointestinal grave, o que implicava a necessidade de alimentação parentérica. Foram dois importantes momentos de aprendizagem, em que a comunicação e a relação terapêutica se assumiram como a base da intervenção.

De acordo com o modelo de sistemas de Betty Neuman, ao nível da prevenção terciária reforça-se a resistência aos *stressores*, através de intervenções de

enfermagem que promovam a adaptação para atingir a máxima estabilidade possível do sistema. Nas diversas experiências de estágio, procurei sempre esquematizar o referencial teórico para uma visualização concreta dos cuidados de enfermagem do EEESCJ e deste modo compreender melhor as competências a desenvolver (Apêndice VI). A intervenção do enfermeiro nos cuidados paliativos é uma área de atuação que se centra no desenvolver mecanismos de *coping* e de adaptação à situação da criança e família. A World Health Organization (WHO, 2014) define os Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP), como cuidados ativos e globais (corpo-mente-espírito) dirigidos à criança e sua família com doença crónica complexa, limitante ou ameaçadora da vida, colocando o foco de atuação, não na patologia, mas na satisfação das suas necessidades. Aos profissionais de saúde cabe a função de avaliar e aliviar o sofrimento numa perspetiva holística (física, psicológica e social). Os CPP reclamam, por isso, uma abordagem multidisciplinar, que inclua na equipa os pais e os recursos comunitários, caminhando em conjunto com os CCF. O EEESCJ tem um papel preponderante na otimização da articulação entre os diversos contextos onde a criança gravita (hospital, domicílio, comunidade e escola), para que se verifique uma continuidade e complementaridade nos cuidados de saúde. Nesta situação foi notória a falta de provisão de cuidados de saúde paliativos pediátricos. A falta de conhecimento sobre CPP é um dos grandes motivos para esta situação. Sabe-se que a escassez de formação é uma barreira à provisão de serviços (Twamley, Kelly, Moss, Mancini, Craig, Koh, Polonsky e Bluebond-Langner, 2012; Michelson, Ryan, Jovanovic e Frader, 2014). Trata-se de uma prioridade que deve ser agilizada em território nacional, no qual o EEESCJ está numa posição privilegiada, quer ao nível da equipa de saúde, quer ao nível dos seus pares, para assumir uma intervenção de destaque no desenvolvimento da provisão de CPP. Enquanto estudante neste contexto tive alguma dificuldade em vivenciar esta situação e não ter capacidade e competências para intervir.

Neste contexto, com o desígnio de aprofundar conhecimentos na área dos cuidados paliativos, estive presente na Sessão clínica “Cobertura de saúde universal e cuidados paliativos” (Anexo III), onde se deu ênfase à evolução do enquadramento legal dos cuidados paliativos. De uma questão ética, passou para uma questão de saúde pública e na atualidade estamos perante uma questão de respeito pelos

Direitos do Homem, ou seja, a provisão de cuidados paliativos significa respeito pelos Direitos do Homem. A WHO dá orientações no sentido de todos os sistemas de saúde terem um processo de cuidar em cuidados paliativos, por isso, esta área tem de ser encarada como uma prioridade de saúde pública. Segundo um estudo realizado em Portugal apresentado na sessão, cerca de um milhão de pessoas necessitam de cuidados paliativos em Portugal, os profissionais de saúde têm uma conceção errada do que são cuidados paliativos e há formação insuficiente na área.

A atuação do enfermeiro na promoção da parentalidade é uma área nobre do exercício autónomo dos cuidados de enfermagem. No meu percurso de estágio, tentei ir ao encontro da competência de EEESCJ “implementa e gere, em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade” (OE, 2010<sup>b</sup>, p.3).

Na USF e na NEO aprofundei conhecimento sobre o processo de transição para a parentalidade. Segundo Mercer (2004), um dos principais componentes na transição para a parentalidade é a ligação ao bebé. Brazelton (2004) refere que é fundamental que os pais se apaixonem pelos filhos, que lhes peguem ao colo, sintam prazer em os acarinhar. O EEESCJ tem de estar alerta para estas situações de carência afetiva, de forma a poder intervir. Sempre que pertinente nos diversos contextos de estágio, intervimos no sentido de enfatizar as características positivas do bebé, para que os pais se “apaixonassem” pelo bebé. A reciprocidade é um elemento da vinculação materna, quando a mãe responde ao bebé, o bebé responde à mãe com sinais como chuchar, agarrar ou aninhar (Brazelton, 2004). Este aspeto foi valorizado e explicado aos pais com o objetivo de promover a vinculação. Reforcei positivamente as competências e qualidades da criança no sentido de promover a vinculação.

A cirurgia e a hospitalização são ocorrências que podem dificultar a adaptação à parentalidade. Os pais por vezes experimentam sentimentos de indefinição do seu papel parental (OE, 2015<sup>b</sup>). Na consulta de preparação para a cirurgia (CEP), tentei esclarecer os pais sobre o que podem ou não fazer e/ou o que os profissionais esperam deles. Convicta de que os pais são os melhores prestadores de cuidados aos seus filhos, facilitei a aquisição de conhecimentos e aprendizagem de habilidades através do apoio, ensino e instrução, capacitando-os para vivenciar a experiência da cirurgia e hospitalização, reconhecendo

o papel que os pais desempenham no apoio afetivo, sentimento de segurança, no reforço de expectativas positivas e na forma com a criança lida com os tratamentos médicos e cirúrgicos, mas também eles precisam de um suporte, conselho e orientação (OE, 2011, p. 17).

A promoção de estratégias que permitam à criança e família a gestão dos *stressores* inerentes aos cuidados de saúde, foi outra das atividades que realizei para o desenvolvimento de competências. O desconforto psicológico e físico experienciado pela criança e família na prestação de cuidados de saúde foram alvo da minha intervenção, no sentido de minimizá-los e alcançar CNT efetivos. No recém-nascido, lactente e no *toddler*, promovi o envolvimento da família. Valorizei a sua presença, a sua participação no cuidar, encarando-a como co-participante de todo o processo assistencial. Incentivei a sucção nutritiva e não nutritiva no alívio da dor do prematuro, recém-nascido, latente, no momento da vacinação ou de outro procedimento doloroso. No estágio na USF verifiquei a eficácia do método no controlo da dor, chegando mesmo a imunizar crianças, que se mantiveram a mamar não manifestando comportamento de dor. Na NEO, a administração de sacarose a 30% foi uma prática de controlo de dor constante nos procedimentos dolorosos. No *toddler* e pré-escolar a estratégia que mais utilizei foi a técnica de distração, aproveitando para promover a interação entre os pais e a criança, usando por exemplo um livro ou uma música do seu gosto no telemóvel, não permitindo que a criança observasse o procedimento, ajudando-a a distrair-se da situação causadora de dor, tal como é referido na revisão de literatura sobre a redução da dor durante a imunização em pediatria de Schechter, Zempsky, Cohen, McGrath, McMurtry e Bright (2007). A contenção através do abraço terapêutico, foi outra estratégia não farmacológica de alívio de dor que utilizei no *toddler*, pré-escolar e escolar. Na criança em idade escolar, a informação preparatória ao procedimento constituiu a forma de minimizar a ansiedade e o impacto da dor (Batalha, 2010). A comunicação verbal simples sobre o procedimento que ia ser realizado, as sensações que iam ser vivenciadas e as estratégias que a criança podia desenvolver para superar as sensações sentidas (Macintyre, Walker e Rowbotham, 2008), foram os aspetos em que incidiu a minha preparação para o procedimento doloroso. Utilizei também a recompensa nestas situações, preenchendo o diploma de bom comportamento com a criança antes do procedimento na USF, ou oferecendo um autocolante na UP.

Na CEP, a consulta de preparação para a cirurgia constituiu a principal estratégia de gestão dos *stressores*. Nesta atividade, tive a oportunidade de colaborar em várias situações distintas de consulta a crianças e suas famílias, tendo elaborado um estudo de caso no âmbito da preparação de uma criança em idade escolar, com suporte no quadro de referência de Betty Neuman (Apêndice VII). A criança em idade escolar é capaz de compreender o conceito de doença e do procedimento cirúrgico. Deste modo, nas consultas que realizei às crianças desta idade, além de ter em conta as características da sua fase de desenvolvimento, parti dos seus conceitos, gostos, necessidades, conhecendo o significado da situação para a criança e família, as suas crenças culturais e atitudes. Ao observar o seu comportamento e resposta durante a consulta, atendendo aos *stressores* e fatores de reconstituição encontrados, delineei um plano de cuidados ao nível da prevenção primária, de modo a fortalecer a linha de defesa flexível (Neuman e Fawcett, 2011), preparando a criança para os *stressores* identificados associados à cirurgia.

A elaboração do estudo de caso possibilitou-me a reflexão sobre uma conceção de cuidados que fosse ao encontro dos CCF que propõe uma resposta holística, às necessidades, expectativas preferências e desejos da criança e família, dotando a criança e família de conhecimento e capacidade para viver a experiência da cirurgia, de forma a promover sentimentos de segurança e bem-estar. Ao longo da consulta, incentivei a criança e família a verbalizar as suas dúvidas e medos, transmiti informação antecipatória relativamente ao processo peri operatório, para minimizar o *stress* para a criança e família e proporcionar “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” (OE, 2010<sup>b</sup>, p.3). Como por exemplo, no caso das crianças que iam ser submetidas a correção cirúrgica de fenda do palato, expliquei a necessidade do uso de talas imobilizadoras nos membros superiores, para evitar a colocação dos dedos na cavidade oral atrasando o processo de recuperação. Elucidei como fazer essas talas facilitando aos pais um molde das mesmas. Através da apresentação de um vídeo, fotografias e entrega do guia de acolhimento do serviço onde a criança será admitida (internamento ou unidade de cirurgia ambulatória), dei a conhecer o que seria o percurso da criança e família no dia da cirurgia. A minha maior dificuldade nas

consultas relacionou-se com o pouco conhecimento do circuito da criança operada na instituição e das características dos diferentes serviços onde as crianças poderiam ser admitidas para cirurgia. Para colmatar esta dificuldade procurei a informação necessária junto da enfermeira de referência e sempre que necessário recorri à sua ajuda, pois esta esteve sempre presente nas consultas, adotando uma atitude de supervisão.

Ciente que um dos grandes medos da criança é a dor provocada por procedimentos, na CEP tive em conta a competência do EEESCJ, “faz a gestão diferenciada da dor” (OE, 2010<sup>b</sup>, p.4), ao colher a história de dor da criança, através de experiências de dor anteriores, instruí e treinei com ela a utilização de escalas de avaliação da intensidade da dor (escala de faces de Wong-Baker e escala numérica). Batalha (2010) refere que deve haver um ensino prévio sobre a aplicação da escala de autoavaliação da dor numa situação neutra, em que não há dor ou *stress*. Este treino possibilita à criança o conhecimento antecipado do funcionamento da escala que será utilizada no internamento em situações de maior ansiedade, *stress* e dor, ajudando à quantificação da intensidade da dor.

Na UP, a preparação da criança para cirurgia urgente constituiu uma das estratégias de gestão dos *stressores*. Os contributos do estágio na CEP foram fundamentais para o meu desempenho neste contexto. Em situações de urgência ou de emergência o período pré-operatório é reduzido a poucas horas, ou mesmo poucos minutos, pelo que a preparação para a cirurgia estruturada e orientada, permite à criança e família uma adaptação ao seu novo e inesperado papel (Sanders, 2014).

Na preparação da criança para cirurgia urgente, tive a preocupação de inicialmente perceber o significado da situação para a criança e família, o seu conceito de cirurgia, os seus gostos e necessidades, as suas crenças culturais e atitudes e a partir dessa informação delinear um plano de intervenção. Nesta atividade tive necessidade de reunir algum material clínico e utilizei fotos que habitualmente utilizo na consulta de preparação para cirurgia programada na mesma instituição, para poder transmitir de forma mais perceptível informação sobre o circuito pré-operatório. Deste modo, no decorrer do estágio no serviço de urgência, tornou-se pertinente a criação de um kit de preparação para cirurgia que reunisse material clínico e lúdico, para facilitar a intervenção do enfermeiro junto da criança e família (Apêndice VIII). Deste

kit fazem parte duas histórias com fotografias onde são abordadas as cirurgias de urgência mais frequentes: apendicite e traumatismo ortopédico, que pude rever e imprimir.

A evidência científica aponta para a efetividade do livro de imagens na redução da ansiedade pré-operatória da criança (Job, Pai, e D'Souza, 2011; Noronha e Shanthi, 2015). Nilsson et al., (2016), desenvolveram e avaliaram o uso de um livro de imagens específico com o objetivo de preparar crianças para anestesia e cirurgia e concluíram que o livro de imagens foi útil para preparar as crianças pequenas para anestesia e cirurgia, explicando os procedimentos que ocorreriam. Os pais expressaram que o conhecimento dos procedimentos aumentava a sua segurança e a da criança.

No período em que ocorreu este estágio, tive a oportunidade única de receber o feedback da minha intervenção na urgência de pediatria na preparação da criança para cirurgia, pois o serviço onde exerço a minha atividade profissional é o local onde estas crianças ficam internadas após a cirurgia. Todas elas referiram que foi importante a “nossa conversa” (sic). Os adolescentes acrescentaram ainda que os ajudou a saber como reagir perante as diferentes situações que vivenciaram, nomeadamente “quando acordaram da anestesia ou quando tiveram dor” (sic). Esta atividade permitiu-me adquirir competências de EEESCJ, capacitando “a criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adoção de estratégias de *coping* e de adaptação” (OE, 2010<sup>b</sup>, p.4) para o processo de experiência de *stress* vivenciada.

No estágio no serviço de urgência, na continuidade do trabalho anteriormente realizado (elaboração de kit de preparação para cirurgia, incluindo as histórias), procedi à atualização da norma de procedimento (NP) referente à intervenção do enfermeiro na preparação da criança e família para cirurgia urgente (Apêndice IX).

Esta atividade permitiu-me desenvolver competências de EE ao desempenhar “um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica” (OE, 2010<sup>a</sup> p.3).

No processo de gestão de cuidados, as normas são um meio regulador, económico e integrador, revelando-se uma mais valia se expressarem a convicção de ganhos para o cliente (Veiga, Henriques, Barata, Santos, Santos, Martins, ... Silva, 2011). Ao atualizar a norma existente, contribuí para a harmonia entre o respeito pela

criança e família, e a resposta às exigências da organização, possibilitando a regulamentação das práticas, resultante do saber profissional e das características individuais (Veiga et al., 2011). Esta norma permitiu também reforçar uma vertente de colaboração entre serviços, pois uma das atividades a desenvolver pelo enfermeiro da urgência pediátrica será a de contactar com o serviço de internamento cirúrgico para informar sobre a presença da criança e família no serviço de urgência, no sentido de possibilitar a visita do enfermeiro do internamento, ainda no período pré-operatório e deste modo acolher a criança e família no hospital numa verdadeira conceção de continuidade de cuidados.

No período de estágio não tive oportunidade de apresentar e divulgar a norma à equipa de enfermagem por constrangimentos organizacionais, no entanto, ficou acordado com a chefia de enfermagem a sua apresentação em data a agendar.

Ainda no contexto do cuidar da criança em situação de especial complexidade, tive oportunidade de “mobilizar conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória” (OE, 2010<sup>b</sup> p.4). Numa situação de triagem na UP identifiquei que um lactente apresentava uma hemiparesia à direita, encaminhando-o em conjunto com a mãe para a sala de reanimação, onde foi devidamente avaliado e detetado que a criança apresentava um estado convulsivo e paralisia de *Todd*. A minha atuação inicial foi acompanhar a mãe do lactente na sala de reanimação. A minha intervenção baseou-se na avaliação do comportamento da mãe, que estava assustada com a situação crítica em que a filha se encontrava. Esta reação da mãe vai de encontro à evidência científica que descreve a situação crítica como uma das experiências parentais mais stressantes onde sentimentos de choque, culpa, desamparo e confusão podem estar presentes (Slota, 2013). Estando também ciente de que a necessidade de informação se constitui como uma das mais importantes para a família (Romero e Colmenares, 2015; Andrade et al., 2015), fui explicando o que estava a acontecer: “a sua filha parece estar a ter uma convulsão devido à febre alta. O enfermeiro está a dar um medicamento no “rabinho” para parar a convulsão. A outra enfermeira está a tentar colocar um cateter na veia para tirar sangue e se necessário dar algum medicamento”. Estas foram algumas das informações que dei à mãe. No entanto, como estava a ser complicado o procedimento de punção venosa e a criança continuava em estado

convulsivo, decidi apoiar a enfermeira responsável pelo procedimento em detrimento deste acompanhamento à mãe. A minha tomada de decisão nesse momento, envolveu a minha avaliação da situação crítica. A criança encontrava-se numa situação de instabilidade com deterioração do seu estado de consciência, pelo que havia que responder primeiramente a esta necessidade e era fundamental a colocação de um acesso venoso para administração de terapêutica. Assim que este procedimento foi conseguido procurei novamente o contacto visual com a mãe e referi que agora estava a administrar um medicamento para parar a convulsão. Depois voltei a posicionar-me junto a ela continuando o apoio emocional até a criança estabilizar, transmitindo informação sobre os resultados previstos de acordo com as intervenções que estavam a ser realizadas. Esta situação levou-me a refletir sobre a intervenção do EEESCJ na sala de reanimação. Sabemos que não há consensos sobre a permanência da família na sala de reanimação em situações de risco de vida da criança (Mekitarian e Ângelo, 2015). Neste contexto clínico é permitida a sua presença, reconhecendo a importância da participação da família na hospitalização, no entanto, a estabilização fisiológica da criança sobrepõe-se às questões relacionadas com as necessidades e emoções dos pais (Andrade et al., 2015). O EEESCJ é responsável por “trabalhar em parceria com a criança e família/pessoa significativa em qualquer contexto em que ela se encontre para promover o mais elevado estado de saúde possível” (OE, 2010<sup>b</sup>, p. 1). Deste modo, é primordial que os enfermeiros conheçam e garantam as necessidades da família, fundamentais para uma intervenção baseada na parceria, negociação e transmissão de informações, em simultâneo com a estabilização fisiológica da criança em situação crítica (Wheeler, 2005).

Estas atividades permitiram-me desenvolver competências específicas enquanto futura EEESCJ, no domínio E2. Cuida da criança/jovem família em situação de especial complexidade especialmente na unidade de competência E 2.2 “Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (OE, 2010<sup>b</sup> p.4). Promovi as competências parentais através dos cuidados antecipatórios e reforço positivo, observei e participei nos cuidados promotores da parentalidade e vinculação e por fim desenvolvi estratégias de gestão dos *stressores* inerentes aos cuidados de saúde.

#### **4.2. Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados em saúde da criança e do jovem, com foco na preparação da criança e família para cirurgia**

Para a operacionalização deste objetivo geral, delineei os seguintes objetivos específicos:

- Conhecer as intervenções de enfermagem para a preparação da criança para cirurgia.
- Analisar a prática de cuidados centrada na preparação da criança e família para cirurgia;
- Liderar o processo de mudança da prática que promova a preparação da criança e família para cirurgia baseada na evidência.

De seguida irei descrever e refletir sobre as principais atividades desenvolvidas nos diferentes contextos para dar resposta a estes objetivos específicos.

##### **4.2.1. Conhecer as intervenções de enfermagem para a preparação da criança para cirurgia**

Este objetivo foi concretizado no estágio da CEP. A principal atividade desenvolvida neste estágio foi a da observação participativa em consultas de pediatria de preparação para cirurgia. Para tal, documentos como a NP setorial de atendimento de enfermagem na consulta de anestesia – Preparação da criança, adolescente e família para a cirurgia da instituição e o Guia de boas práticas (OE, 2011) constituíram-se instrumentos de trabalho fundamentais. Também alguns artigos científicos foram norteadores da minha intervenção e tomada de decisão baseada na evidência, dos quais destaco; uma revisão sistemática da literatura que refere que o jogo terapêutico e a intervenção de palhaços usados para preparação psicológica de pais e crianças foram eficazes na minimização e diminuição dos seus níveis de ansiedade (AL-Sagarat et al., 2017); um artigo que refere a importância do conhecimento do desenvolvimento da criança e atividades apropriadas à idade para implementar um programa de preparação cirúrgica eficaz (Panella, 2016); um artigo que evidencia a abordagem centrada na família num modelo de cuidados pediátricos peri operatórios

(Terry e Crego, 2016); uma revisão da literatura sobre estratégias de ensino pré-operatório para reduzir a ansiedade da criança (Perry, et al, 2012); um estudo que conclui que a educação de utentes pediátricos submetidos a procedimentos cirúrgicos eletivos reduziu a ansiedade dos pais e especialmente se as crianças tinham entre 4 e 6 anos de idade ou mais (Copanitsanou e Valkeapaää, 2013). Estes documentos permitiram-me a aquisição de conhecimento, contribuindo para o desenvolvimento de competências no âmbito de uma prática de enfermagem especializada; EEESCJ “procura evidência científica para fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar” (OE, 2010<sup>b</sup>, p.4).

Uma das atividades que desenvolvi neste contexto, foi a de uma entrevista exploratória a um enfermeiro perito (Apêndice X). Esta entrevista foi realizada com o objetivo de obter informação sobre a sua prática na preparação da criança e família para cirurgia. Deste modo, foram identificadas pelo perito diversas intervenções para a preparação da criança e família para cirurgia, como a brincadeira lúdica, a modelagem, a intervenção visual e sensitiva com aproximação dos objetos, a história com o livro ou com o vídeo, a informação e instrução, a manipulação do material hospitalar real e a utilização de silhuetas corporais e desenhos do corpo humano. Destacou ainda a brincadeira lúdica e modelagem como a melhor forma de preparar a criança pré-escolar e escolar, e a informação e instrução na preparação do adolescente. O conhecimento transmitido pelo perito vai de encontro à evidência científica e ao que observei na consulta de preparação para a cirurgia. Foram várias as intervenções de preparação para a cirurgia que observei e mobilizei no decurso do estágio, nomeadamente a transmissão de informação, a dessensibilização, a modelagem e o brincar (OE, 2011<sup>a</sup>; Fincher et al., 2012; Perry et al., 2012; Cuzzocrea, Gugliandolo, Larcan, Romeo, Turiaco e Dominici, 2013; Sanders, 2014; Nilsson et al., 2016; Panella, 2016; AL-Sagarat et al., 2017). No estágio, observei e desenvolvi estas intervenções através da leitura de histórias (“A Anita no Hospital” e “O Diogo vai ser operado”), de material lúdico que simula o ambiente hospitalar, dramatizando a situação real (pequenos bonecos com partes móveis do bloco operatório e enfermaria) e exploração do material utilizado na prestação de cuidados (máscara e balão para anestesia, touca do bloco, sistema de soro e cateter venoso periférico, penso, elétrodos para monitorização).

Betz (2006) refere que a qualidade da informação transmitida, deve ter em conta diversos fatores nomeadamente: desenvolvimento da criança, experiências cirúrgicas prévias, nível de gravidade da doença. Fatores parentais, como a relação pais-filho e o nível de apoio familiar também devem ser alvo da nossa atenção. As características do ambiente hospitalar também influenciam a eficácia da preparação, sendo evidente que os locais onde os CCF são implementados, revelam maior eficácia nos programas (Betz, 2006). O conhecimento obtido através da entrevista com o perito é confirmado por esta evidência. O enfermeiro na preparação da criança e família para cirurgia deve ter em conta a idade e estágio de desenvolvimento da criança, as experiências prévias de doença e hospitalização, as ideias pré-concebidas, a cultura, o tipo de cirurgia, e estilos de confronto da criança e família, ou seja, o modo como lidam com a situação de doença. Na consulta de preparação para a cirurgia, informei a criança e família através da visualização de fotos e vídeos produzidos pela unidade hospitalar (como por exemplo o vídeo “A caminho da operação”) que mostram todo o percurso peri-operatório. Facilitei também folhetos que continham a informação transmitida.

A entrevista permitiu-me elucidar sobre conceções, competências e conhecimentos na área da preparação para a cirurgia, que se revelaram determinantes para as alterações que implementei no programa de preparação para cirurgia do meu local de trabalho, projetando o início da unidade de competência D2.3.: “provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho” (OE, 2010<sup>a</sup>, p.10). Destaco que o carácter informal da entrevista implicou apenas a autorização do próprio para dar a entrevista, cujo relato foi registado em gravação áudio e posteriormente analisado, extraíndo os aspetos chave.

As dificuldades de implementação da consulta de preparação para a cirurgia que observei e que foram referidas pelo perito, como a falta de organização (não ter acesso a mapas cirúrgicos com antecedência para poder preparar as consultas com antecedência, rotatividade do médico anestesista, dificultando a articulação dos cuidados) e de estrutura (existência de apenas uma sala para a consulta de enfermagem), possibilitaram-me a reflexão da prática e transpô-la para a minha experiência profissional. O EEESCJ tem um papel preponderante na organização na

promoção de boas práticas, sendo responsável por adotar uma atitude de resistência e persistência relativamente aos fatores organizacionais que dificultam a boa prática dos cuidados de enfermagem.

Terry e Greco (2016) destacam três aspetos essenciais para a qualidade dos cuidados peri operatórios a crianças nomeadamente, cuidados adequados ao desenvolvimento, centrados na família e preparação de profissionais competentes. Considero que este estágio me proporcionou aprendizagens, que me tornaram mais competente na preparação da criança para cirurgia. A observação e participação em consultas de preparação da criança e família para cirurgia, identificação da organização e dinâmica da consulta e identificação das intervenções de enfermagem para a preparação da criança e família para cirurgia adotadas pelo EEESCJ, permitiram-me desenvolver competências específicas enquanto futura EEESCJ, no domínio B2 — “Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade” (OE, 2010<sup>a</sup>, p.6) e competências E1.1.1, E1.1.2 e E2.4. do EEESCJ, que “negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar” (OE, 2010<sup>b</sup> p.3), “comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis” (OE, 2010<sup>b</sup> p.3) e “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” (OE, 2010<sup>b</sup> p.3).

#### 4.2.2. Analisar a prática de cuidados centrada na preparação da criança e família para cirurgia

As atividades relativas a este objetivo foram desenvolvidas no estágio do IPCP. Para analisar a prática de cuidados na preparação da criança e família para cirurgia, elaborei um instrumento para diagnóstico de necessidades formativas e identificação de oportunidades de melhoria, segundo a percepção dos profissionais da equipa multidisciplinar envolvidos no programa de preparação da criança e família para cirurgia. Foi previamente pedida ao conselho de administração da instituição hospitalar envolvida autorização para a sua aplicação (Apêndice XI). Esse instrumento constou de um questionário para aplicação à equipa multidisciplinar, com a concordância e validação do mesmo pela enfermeira de referência e docente orientadora. A conceção e a implementação de um questionário baseiam-se num processo cujo objetivo é a recolha de informação temática válida e fiável, obtida a partir das respostas individuais dadas a um conjunto de questões por um grupo representativo de respondentes (Thayer-Hart, Dykema, Elver, Schaeffer e Stevenson, 2010). O questionário foi estruturado em dois grupos de questões. O primeiro grupo caracteriza o perfil dos participantes. O segundo grupo caracteriza a opinião e atitude face ao programa de preparação para cirurgia (Apêndice XI). Sendo reconhecidas as vantagens do inquérito on-line ao nível da simplificação do processo de registo dos dados (Thayer-Hart et al., 2010; Roberts, 2013), considerando que estes são armazenados automaticamente numa base de dados, decidi recorrer a este sistema através da aplicação *googleform*. Deste modo, após contacto presencial com todos os profissionais envolvidos, onde fundamentei o questionário e pedi a sua colaboração, enviei o questionário para os seus emails profissionais. Foi também enviada uma mensagem a lembrar o preenchimento do questionário, dois dias antes do fim do prazo de preenchimento pois é uma estratégia referenciada como frutífera (Thayer-Hart et al., 2010).

O período de recolha de dados através do Googleform iniciou-se no dia 08/01/2018 e prolongou-se até ao dia 15/01/2018, data em que desativei a receção de respostas na aplicação. Foram recolhidas 16 respostas, dos 28 questionários enviados, o que corresponde a uma taxa de adesão de 57%. Estes dados vão de encontro ao referido por Coutinho (2011), em que a utilização de um inquérito por

questionário revela algumas fragilidades, sendo a mais comum os elevados níveis de não resposta ao questionário (recusas, não retorno).

Posteriormente, tendo por base os conceitos descritos por Bengtsson (2016) e Graneheim e Lundman (2004), desenvolvi através da análise de conteúdo, uma síntese dos resultados obtidos (Apêndice XI).

Concluída a síntese dos resultados obtidos através do questionário para diagnóstico de necessidades formativas e identificação de oportunidades de melhoria, segundo a percepção dos profissionais da equipa multidisciplinar envolvidos no programa de preparação da criança e família para cirurgia, reuní com dois elementos dinamizadores previamente identificados (pertencentes à equipa de enfermagem) para divulgação dos resultados e em conjunto delinear um plano de intervenção com vista à reorganização do programa de preparação da criança e família para cirurgia.

A identificação de oportunidades de melhoria permitiu-me o desenvolvimento de competências no domínio B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade, na unidade de competência B2.2. Planeia programas de melhoria contínua (OE, 2010<sup>a</sup> p.6).

No sentido de compreender melhor o circuito do utente cirúrgico e ter uma percepção mais consistente dos cuidados que são prestados no período pré e pós-operatório imediato, no período de estágio no IPCP realizei um estágio de observação de dois dias na unidade de cirurgia de ambulatório (UCA). Conseguí ter uma percepção das necessidades da criança e família neste contexto, e identifiquei uma vez mais que a necessidade de informação se constitui como uma das mais importantes para a família (Romero e Colmenares, 2015; Andrade et al., 2015). Foi importante ter conhecimento de aspetos tão simples como o colchão em que as crianças se deitam na sala do bloco ser semelhante a uma nuvem quentinha, ou que na sala de recobro antes de a família entrar, o enfermeiro vai ao seu encontro e descreve sumariamente como este irá encontrar a criança. Estes foram alguns dos conhecimentos adquiridos que vieram enriquecer a informação que passei a transmitir na preparação das crianças e famílias para cirurgia.

#### 4.2.3. Liderar o processo de mudança da prática que promova a preparação da criança e família para cirurgia baseada na evidência

O percurso que realizei desde setembro de 2017 permitiu-me a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências facilitadoras da concretização deste objetivo que culmina na elaboração uma proposta de reorganização do programa de preparação da criança e família para cirurgia que tenha em conta o seu desenvolvimento, o momento da preparação e o número de crianças a preparar, indo ao encontro da evidência científica sobre a temática, no âmbito do estágio realizado no IPCP.

Em outubro de 2017, tive a oportunidade de frequentar o 3º Workshop Emoções em Saúde – *Team Building* – Gestão das Emoções em Enfermagem desenvolvido pela UIDE – ESEL (Anexo IV). Este momento formativo permitiu-me compreender o verdadeiro significado de “equipa”. Percebi a necessidade de trabalhar a área da comunicação, feedback, gestão de conflitos, liderança para a construção da equipa e tomada de decisão compartilhada (Homem, Patrício, Cardoso, Lourenço, 2012). O *Team Building*, surge como uma estratégia eficaz para obter resultados positivos. Bayley, Wallace, Spurgeon, Barwell e Mazelan, (2007) no seu estudo de avaliação da eficácia de um curso de *Team Building* em equipas de enfermagem, concluiu que esta estratégia possibilitou a perceção dos pontos fortes e fracos da equipa, o desempenho mais eficiente das competências das equipas e a melhoria do trabalho em equipa. Este método de trabalho ainda não é uma realidade na prática profissional de enfermagem, mas se pretendemos um atendimento em saúde com qualidade e eficiência, é perentório o envolvimento coletivo dos profissionais e o *Team Building* revela-se como uma metodologia eficaz na construção de equipas motivadas, coesas, competentes no âmbito das relações interpessoais, comunicação efetiva, resolução de problemas, essenciais no desempenho de excelência. Nesta formação clarifiquei que seria fundamental o envolvimento da equipa para que a mudança da prática fosse efetiva. Deste modo, o processo de mudança passou por inicialmente identificar dois elementos da equipa de enfermagem para colaboração na análise e mudança da prática na preparação da criança e família para cirurgia.

A liderança é uma forma de influência e uma transação interpessoal em que uma pessoa age para modificar ou provocar o comportamento de outra, de modo

intencional (Chiavenato, 2005). Neste processo adotei um estilo de liderança participativa, promovendo um ambiente de cooperação e colaboração (Kazimoto, 2013). Realizei duas reuniões com os líderes formais do IPCP, bloco operatório e anestesiologia. Nestas reuniões apresentei os resultados do questionário e foram redefinidas, em conjunto, as responsabilidades de cada interveniente no programa. Surgiu ainda a necessidade de elaborar ou rever alguns documentos orientadores para esta reorganização, nomeadamente: fluxograma do programa de preparação para cirurgia, revisão da norma de procedimento “Preparação da criança e família para cirurgia programada” e do folheto relativo a essa preparação, entregue aos pais no dia da consulta. Ficou estabelecida também, a necessidade de revisão do protocolo de anestesia (sedação e jejum pré-operatório). Por fim, foi marcada uma reunião com toda a equipa multidisciplinar envolvida (dois momentos para que todos pudessem estar presentes) para partilhar o percurso do programa de preparação para cirurgia, apresentar alguns dos resultados do questionário de diagnóstico de necessidades formativas e identificação de oportunidades de melhoria e apresentar proposta de reorganização do programa de preparação para cirurgia (Apêndice XI).

As reuniões com toda a equipa multidisciplinar envolvida no programa de preparação para cirurgia revelaram-se uma excelente oportunidade de análise da prática, pois os elementos que não responderam ao questionário, puderam intervir e partilhar as dificuldades com que se deparam na prática diária para dar uma resposta eficaz e de qualidade. Estiveram presentes todos os profissionais incluídos no programa das diversas especialidades cirúrgicas envolvidas e os líderes formais dos respetivos serviços. Nesta reunião procedeu-se à discussão do fluxograma do programa de preparação para cirurgia, dado que os aspetos de organização e gestão foram os mais referidos como dificuldades e constrangimentos, tendo sido apresentado como um documento “incompleto” que foi concluído por todos.

O fluxograma consiste no mapeamento de um processo. Após a identificação de oportunidades de melhoria no programa de preparação para cirurgia, este tipo de documento pareceu-me a melhor forma de desenhar uma imagem de todo o processo. De acordo com Institute for Healthcare Improvement (2018) um fluxograma permite esclarecer processos complexos, identificar etapas que não agregam valor ao cliente interno ou externo, nomeadamente: atrasos, trabalho desnecessário, duplicação e

despesa adicional e falhas na comunicação. Ajuda os membros da equipa a obter uma compreensão compartilhada do processo e usar esse conhecimento para colher informação, identificar problemas e identificar recursos. Refere ainda que os fluxogramas são úteis quando as equipas decidem efetuar mudanças no processo. Deste modo, o desenvolvimento do fluxograma por toda a equipa revelou-se essencial para a reorganização de todo o processo (Apêndice XI). Este documento permitirá mapear e padronizar todo o processo de organização da consulta. A proposta apresentada consiste num novo modelo para o programa de preparação para cirurgia que compreende a realização de uma consulta de enfermagem individualizada com início às 9h e término às 13h, deixando de ser realizada a sessão de grupo e a visita ao serviço. As consultas terão um tempo programado de 30 minutos cada. A consulta de anestesia terá o seu início às 10h30m e término às 14h.

Neste contexto, foram ainda debatidos os problemas do espaço físico para a realização da consulta. A equipa de enfermagem passou a ter sempre disponíveis dois espaços num mesmo gabinete para a realização da consulta, no entanto, o gabinete para a anestesia mantém-se disponível apenas das 10h30m às 14h. A administradora hospitalar da pediatria e os diversos diretores dos serviços envolvidos presentes, comprometeram-se a discutir este problema junto da administração hospitalar. Ficou decidido que o novo modelo de programa de preparação para cirurgia teria o seu início no dia 19 de março de 2018 e que seriam enviados via email a todos os intervenientes, os documentos elaborados: fluxograma do programa de preparação para cirurgia, finalizado de acordo com as decisões tomadas na reunião; protocolo de anestesia (elaborado pela diretora do bloco operatório) e revistos: NP relativa à “Preparação da criança e família para cirurgia programada” (Apêndice XI) (revisada por mim, e dois elementos da equipa de enfermagem identificados) que inclui o folheto a ser entregue aos pais no dia da cirurgia - “O meu filho(a) vai ser operado E agora?” (revisado por mim, diretora do bloco operatório e do serviço de cirurgia pediátrica).

Antes de iniciar o novo modelo do programa de preparação para cirurgia, ficou agendada uma reunião com a equipa de enfermagem, para divulgação, discussão da Norma de procedimento “Preparação da criança e família para cirurgia programada” e orientação da equipa de enfermagem para a sua operacionalização. No contexto da reorganização do programa de preparação para cirurgia, a revisão da NP “Preparação

da criança e família para cirurgia programada” surgiu como fundamental no processo. As alterações foram ao encontro da evidência científica atualizada e da realidade do serviço. Tal como nos diz Rao, Radhakrishnan e Andrade (2011), as NP ajudam a reduzir o fosso entre a evidência científica, as diretrizes de prática e as realidades de cada serviço prestador de cuidados de saúde. A revisão desta NP permitiu-me não só introduzir elementos sólidos de conhecimento essencial para a qualidade da intervenção de enfermagem na preparação da criança e família para cirurgia, mas também, rever todo o processo de intervenção, adequando-o à realidade da prática. Deste modo, desenvolvi competências no domínio D2. “Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento na unidade de competência” D2.3. “Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho” (OE, 2010<sup>a</sup>, p.10).

No período de estágio não foi possível a implementação das alterações propostas ao programa de preparação da criança e família para cirurgia devido à gestão do tempo, nomeadamente na dificuldade do agendamento das diversas reuniões com toda a equipa multidisciplinar que envolvia um elevado número de intervenientes.

A reorganização do programa de preparação para cirurgia permitiu-me uma vez mais, o desenvolvimento de competências no domínio B2. “Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade, na unidade de competência B2.2. Planeia programas de melhoria contínua” (OE, 2010<sup>a</sup>, p.6). A liderança de todo o processo possibilitou-me não só desenvolver a unidade de competência no mesmo domínio “Lidera programas de melhoria”, mas também no domínio C2. “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados”, na unidade de competência C2.2. “Adapta o estilo de liderança e adequa-o ao clima organizacional estrito favorecedores da melhor resposta do grupo e dos indivíduos” (OE, 2010<sup>a</sup>, p.9)

O enfermeiro especialista, enquanto líder, tem o desafio de assumir a sua responsabilidade na reflexão constante sobre a prática, na formação dos seus pares, sendo um vetor de transformação no caminho para a prática de uma enfermagem avançada.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por fim, neste capítulo será realizada uma apreciação global do percurso, os seus contributos ao nível pessoal, as limitações, e as perspectivas futuras enquanto EEESCJ.

A melhoria contínua da qualidade é um compromisso do hospital onde exerço a minha atividade profissional. Ao obter a acreditação de qualidade internacional pelo Caspe Healthcare Knowledge Systems (CHKS) em 2011 e com a reacreditação em 2017, passou a integrar na sua missão, o desenvolvimento de atividades de melhoria contínua da qualidade dos cuidados aos seus utentes (Rodrigues, Neto, Santos, Rocha, Carvalho, Lopes,...Quintãos, 2015). Acredito que o projeto de reorganização do programa de preparação da criança e família para cirurgia que iniciei neste percurso formativo, está integrado na missão da instituição e poderá contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde prestados à criança e família, visando a sua satisfação.

Este projeto também vai ao encontro das orientações da Ordem dos Enfermeiros no seu Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, definido como um referencial que incentiva a reflexão contínua sobre a qualidade das práticas de cuidados e suporta os sistemas de melhoria da qualidade. Desta forma, de acordo com o meu problema em estudo, enquanto futura EEESCJ, procurei os mais elevados níveis de satisfação da criança, tendo em conta a parceria de cuidados estabelecida com os pais, integrando como um dos elementos essenciais, a execução de atividades que visem diminuir o impacto dos *stressores* relacionados com a experiência da hospitalização (OE, 2011).

Apesar de não ter conseguido concretizar a implementação do novo modelo do programa de preparação para cirurgia em tempo útil de estágio, considero que os objetivos propostos foram alcançados. Percorrer este caminho possibilitou o desenvolvimento de competências de EE e EEESCJ que me permitem tomar decisões e práticas profissionais mais seguras e fundamentadas.

Como projetos futuros, pretendo implementar o novo programa de preparação da criança e família para cirurgia a partir do dia 19 de março, estando planeada uma

avaliação do mesmo em setembro de 2018, quer por parte dos utentes, quer por parte de todos os profissionais envolvidos.

É também minha pretensão aprofundar o meu conhecimento sobre as intervenções de enfermagem na preparação da criança e família para cirurgia, concluindo uma revisão scoping neste âmbito e realizando um estudo de investigação no meu contexto de trabalho relacionado com a eficácia das intervenções realizadas.

Para finalizar, este relatório é o culminar de um percurso que partiu da reflexão das minhas necessidades de aprendizagem e desenvolvimento de competências e que promoveu um crescimento pessoal e profissional. Contribuiu também para o aperfeiçoamento de práticas por parte da equipa de enfermagem no meu contexto de trabalho no âmbito da preparação da criança e família para cirurgia. Apesar das dificuldades com que lidamos diariamente, sinto que o trabalho desenvolvido permitiu que a equipa caminhe no sentido da efetiva prestação de cuidados centrada na família.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I., Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto Contexto Enferm.*, Jul-Set, 14(3), 373-82.
- AL-Sagarat, A. Y., Al-Oran, H.M., Obeidat, H., Hamlan, A.M., Moxham, L. (2017). Preparing the family and children for surgery. *Critical Care Nursing Quarterly*, 40(2), 99–107.
- Andrade, R., Marques, A., Leite A., Martimiano, R., Santos, B., Pan, R.... Nascimento, L. (2015). Necessidades dos pais de crianças hospitalizadas evidências para o cuidado. *Rev. Eletr. Enf.*,17(2), 379-394.
- Andrade, T., Carvalho, F., Fernandes, A.P., Casanova, C. (2008). Triagem de Manchester na idade pediátrica – estudo Inter-hospitalar. *Nascer e Crescer Revista do Hospital de Crianças Maria Pia*, vol. XVII(1), 16-21.
- Batalha, L. M. (2010). *Dor em pediatria: compreender para mudar*. Lisboa: Lidel.
- Bayley, J.E., Wallace, L.M., Spurgeon, P., Barwell, F., Mazelan, P. (2007). Teamworking in healthcare: longitudinal evaluation of a teambuilding intervention. *Learning in Health and Social Care*, vol. 6 (4), 187-201.
- Bengtsson, M. (2016). How to plan and perform a qualitative study using content analysis. *NursingPlus Open*, (2), 8–14.
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito – excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (2.<sup>a</sup> ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Betz, C. L. (2006). Surgical preoperative preparation for children: the need for more evidence from nurse scientists. *Journal of Pediatric Nursing*, 21(6), 397–399.
- Boles, J. (2016). Preparing children and families for procedures or surgery. *Pediatric Nursing*, 42(3), 147–150.
- Brady M. (2009). Hospitalized children’s views of the good nurse. *Nursing Ethics*, 16(5), 543-60.
- Brazelton, T. B. (2004). *O grande livro da criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos*. (7<sup>a</sup> ed.). Barcarena: Editorial Presença.

- Brown, T. (2014). Especificidades nas intervenções de enfermagem em pediatria. In M. Hockenberry, D. Wilson (Eds). *WONG, Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed.) vol. II, cap.27. pp.1061-1118. Loures: Lusociência.
- Buckley, A., Savage, E. (2010). Preoperative information needs of children undergoing tonsillectomy, Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2879–2887.
- Burns-Nader, S., Hernandez-Reif, M. (2016). Facilitating play for hospitalized children through child life services. *Children's Health Care*, 45(1), 1–21.
- Chiavenato, I. (2005). *Comportamento organizacional: a dinâmica do sucesso das organizações*. Editora Manole.
- Cohen-Salmon, D. (2010). Répercussions psychocomportementales e périopératoire chez l'enfant. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 29(4), 289-300.
- Copanitsanou, P., Valkeapää, K. (2013). Effects of education of paediatric patients undergoing elective surgical procedures on their anxiety – a systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 940–954.
- Coutinho, C. P. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas*, Edições Almedina, 344.
- Coyne, I., Kirwan, L. (2012). Ascertaining children's wishes and feelings about hospital life. School of Nursing & Midwifery, Trinity College Dublin. *Ireland Journal of Child Health Care*, 16(3) 293–304.
- Cuzzocrea, F., Gugliandolo, M. C., Larcan, R., Romeo, C., Turiaco, N., Dominici, T. (2013). A psychological preoperative program: Effects on anxiety and cooperative behaviors. *Paediatric Anaesthesia*, 23(2), 139–143.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., Almeida, T. (2016). Os medos das crianças em contexto de urgência pediátrica: enfermeiro enquanto gestor emocional. *Pensar Enfermagem*, 20(2), 26–47.
- Dionigi, A., Sangiorgi, D., Flangini, R. (2014). Clown intervention to reduce preoperative anxiety in children and parents: a randomized controlled trial. *Journal of Health Psychology*, 19(3), 369-380.

- Edward, K. E., Sanderson, W., Giandinoto, J.A. (2015). Mock admissions used to minimize paediatric anxiety before surgery. *Journal of Perioperative Nursing*, 28(4), 24-26.
- Fernandes, D. (2012). *O atendimento à criança na Urgência Pediátrica*. Acedido em 12-12-2017, disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos/Enfermeiros/O atendimento à criança na Urgência Pediátrica, Dino Fernandes Enfermeiro EESIP.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos/Enfermeiros/O%20atendimento%20%C3%A0%20crian%C3%A7a%20na%20Urg%C3%AAncia%20Pedi%C3%A1trica,%20Dino%20Fernandes%20Enfermeiro%20EESIP.pdf).
- Fernandes, S. C., Arriaga, P., Esteves, F. (2014). Providing preoperative information for children undergoing surgery: A randomized study testing different types of educational material to reduce children's preoperative worries. *Health Education Research*, 29(6), 1058–1076.
- Fincher, W., Shaw, J., Ramelet, A. S. (2012). The effectiveness of a standardized preoperative preparation in reducing child and parent anxiety: A single-blind randomized controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 21(7–8), 946–955.
- Freitas, A. (2010). Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. *Percursos*, (15),1–38.
- Fundação Brazelton/Gomes Pedro. (2017). Conferência Internacional “Addressing and supporting family and child wellbeing | 15 years of touchpoints in Portugal”, Abstract book. Acedido em 12-12-2017, disponível em: [http://fundacaobgp.com/assets/files/ficheiros/cursos/conferencia\\_internacional\\_2017/FBGP\\_2017-International-Conference-Abstracts-Book.pdf](http://fundacaobgp.com/assets/files/ficheiros/cursos/conferencia_internacional_2017/FBGP_2017-International-Conference-Abstracts-Book.pdf).
- Graneheim U, Lundman B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ. Today*, (24), 105–112.
- Healy, K. (2013). A descriptive survey of the information needs of parents of children admitted for same day surgery. *Journal of Pediatric Nursing*, 28(2), 179–185.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.

- Hockenberry, M. (2014). A influência da família na promoção da saúde da criança. In M. Hockenberry, D. Wilson (Eds). *WONG, Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed.) vol. I, cap.3. pp.49-71. Loures: Lusociência.
- Hockenberry, M., Barrera, P. (2014). Perspetivas de enfermagem pediátrica. In M. Hockenberry, D. Wilson (Eds). *WONG, Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed.) vol. I, cap.1. pp.1-20. Loures: Lusociência.
- Homem, F., Patrício, M., Cardoso, R., Lourenço, A. (2012). Team Building and nursing. *Revista de Enfermagem Referência*. (7), 169-177.
- Institute for Healthcare Improvement. (2018). Acedido em 10-01-2018, disponível em: <http://www.ihi.org/resources/Pages/Tools/Flowchart.aspx>.
- Institute for Patient and Family Centered Care. (2017). *Advancing the practice of patient- and family-centered care in hospitals: How to get started....* Acedido em 10-01-2018, disponível em:: [http://www.ipfcc.org/resources/getting\\_started.pdf](http://www.ipfcc.org/resources/getting_started.pdf).
- Instituto de Apoio à Criança. (2008). *Carta dos direitos da criança hospitalizada*, 4ª edição, 16.
- International Council of Nurses. (2015). ICN. [Online] ICN - International Council of Nurses. Acedido em 06-04-2018, disponível em <http://www.icn.ch/what-we-do/ICNP-Browser/>.
- Job, B. M., Pai, M. S., D'Souza, A. (2011). Effectiveness of picture book on children's worries about surgery. *International Journal of Nursing Education*, 3(2), 8–11.
- Kazimoto, P. (2013). Analysis of conflict management and leadership for organizational change. *International Journal Of Research In Social Sciences*, 3(1).
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F. (1994). *La pensée infirmière*. Laval: Éditions Études Vivantes, 162.
- Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro - Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. *Diário da República n.º 181/2015, Série I* (2015-09-16) 8059 – 8105.

- Lei n.º 67/98 de 26 de outubro - lei da proteção de dados pessoais (transpõe para a ordem jurídica portuguesa a diretiva 95/46/CE, do parlamento europeu e do conselho, de 24 de outubro de 1995, relativa à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento dos dados pessoais e à livre circulação desses dados). *Diário da República n.º 247/1998, Série I-A* (1998-10-26) 5536 – 5546.
- Li Hcw, Lopez V. (2008). Effectiveness and appropriateness of therapeutic play intervention in preparing children for surgery: a randomized controlled trial study. *J Spec Pediatr Nurs.*, 13 (2), 63-73.
- Macintyre, P., Walker, S., Rowbotham, D. (2008). *Clinical pain management second edition: acute pain*. 2<sup>nd</sup> ed. London, UK: Hodder Arnold.
- MacLaren J., Kain, Z.N. (2007). Pediatric preoperative preparation: a call for evidence-based practice. *Pediatr Anesth.*, 17 (11), 1019-1020.
- Mekitarian, F. F. P., Ângelo, M. (2015). Family's presence in the pediatric emergency room: Opinion of health's professionals. *Revista Paulista de Pediatria*, 33 (4), 460–466.
- Mercer, R. T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(2), 226-232.
- Michelson, K.N., Ryan A.D., Jovanovic B., Frader J. (2014). Pediatric residents' and fellows' perspectives on palliative care education. *J Pall Med.*, 12 (5), 451–457.
- Monroe, R. (2014). Promoção da saúde da criança em idade pré-escolar e da família. In M. Hockenberry, D. Wilson (Eds). *WONG, Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed.) vol. I, cap.15. pp.622-644. Loures: Lusociência.
- Neuman, B. (2010). *The Neuman systems model*. (5ªed.). Norwalk: Appleton e Lange.
- Neuman, B., Fawcett, J. (2011). *The Neuman systems model*. (5ªed.). EUA: Pearson Education.
- Nilsson, E., Svensson, G., Frisman, G. (2016). Picture book support for preparing children ahead of and during day surgery. *Nursing Children & Young People*, 28(8), 30–35.
- Noronha, J. R., Shanthi, S. (2015). Effectiveness of picture book on preoperative anxiety among children (6-12 years) in selected hospitals at mangalore. *Asian Journal of Nursing Education and Research*, 5(4), 523–525.

- Ordem Dos Enfermeiros. (2002). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010<sup>a</sup>). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010<sup>b</sup>). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem Dos Enfermeiros (2010<sup>c</sup>). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. in: Cadernos Ordem dos Enfermeiros, Série I, (3), Volume 1. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. In: Cadernos Ordem dos Enfermeiros, Série I, (3), Volume 2. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015<sup>a</sup>). Regulamento n.º 351/2015. Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem. *Diário da república n.º 19/2015, Série II (2015-06-22)* 16660–16665.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015<sup>b</sup>). *Guia orientador de boa prática. adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. In: Cadernos Ordem dos Enfermeiros, Série 1, (8). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 422/2018. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República n.º 133/2018, Série II (2018-07-12)* 19192 – 19194.
- Panella, J. J. (2016). Preoperative care of children: strategies from a child life perspective. *AORN Journal*, 104(1), 11–22.
- Peixoto, N., Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (11), 121–132.

- Perry, C., Samuelsson, C., Cyna, A. M. (2015). Preanesthetic nurse communication with children and parents - An observational study. *Paediatric Anesthesia*, 25(12), 1235–1240.
- Perry, J. N., Hooper, V. D., Masiogale, J. (2012). Reduction of preoperative anxiety in pediatric surgery patients using age-appropriate teaching interventions. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 27(2), 69–81.
- PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa nacional de saúde infantil e juvenil*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Purnell, L., Paulanka, B. (2010). *Cuidados de saúde transculturais: Uma abordagem culturalmente competente*. Loures: Lusodidacta.
- Rao, T. S. S., Radhakrishnan, R., Andrade, C. (2011). Standard operating procedures for clinical practice. *Indian Journal of Psychiatry*, 53(1), 1–3.
- Richman, N. (2000). *Communicating with children: helping children in distress*. London: Save the Children UK.
- Roberts, C. (2013). *Participation and engagement in web surveys of the general population: An overview of challenges and opportunities*. Synthesis paper for NCRM Web Survey Network opening conference. Acedido em 03-01-2018, disponível em: [https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB\\_0200EDE09382.P001/REF](https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_0200EDE09382.P001/REF).
- Rocha, C. (2017). *Casística do internamento de pediatria e cirurgia pediátrica* [slides PowerPoint] apresentado em Reunião de serviço.
- Rodgers, C. (2014). Promoção da saúde da criança em idade escolar e da família. In M. Hockenberry, D. Wilson (Eds)., *WONG, Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed.) vol. I, cap.17. pp.683-725. Loures: Lusociência.
- Rodrigues, A., Neto, F., Santos, A., Rocha, M., Carvalho, M., Lopes,...Quintãos, M. (2015). *Estratégia de desenvolvimento da qualidade*, (07-10-2015). Acessível no Hospital Garcia de Orta (EPE), Almada, Portugal.
- Romero, H. R. A., Colmenares, S. M. R. (2015). Necesidades percibidas de atención por niños, cuidadores y enfermeiros durante la hospitalización en una unidad de cuidado intensivo. *Investig. Enferm. Imagen Desarr.*, 17 (1), 113-130.

- Saewyc, E. (2014). Promoção da saúde do adolescente e da família. In M. Hockenberry, D. Wilson (Eds.), *WONG, Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed.) vol. I, cap.19. pp.784-823. Loures: Lusociência.
- Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença e hospitalização. In M. Hockenberry, D. Wilson (Eds). *WONG, Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed.) vol. II, cap.26. pp.1025-1060. Loures: Lusociência.
- Schechter, N. L., Zempsky, W. T., Cohen, L. L., McGrath, P. J., McMurtry, C. M., Bright, N. S. (2007). Pain reduction during pediatric immunizations: evidence-based review and recommendations. *Pediatrics*, 119(5), e1184–e1198.
- Seligman, M., Darling, R. B. (2007). *Ordinary families, special children: a systems approach to childhood disability*. New York: The Guilford Press.
- Silva, A. P. (2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55, 11-20.
- Sjöberg, C., Amhliden, H., Nygren, J. M., Arvidsson, S., Svedberg, P. (2015). The perspective of children on factors influencing their participation in perioperative care. *Journal of Clinical Nursing*, 24(19–20), 2945–2953.
- Slota, M. C. (2013). Psychosocial aspects of pediatric critical care. In. M.F. Hazinski. *Nursing care of the critically ill child*. (3ª Ed.). Cap. 2. pp. 19-49. United States of America: Elsevier Mosby.
- Tavares, P. (2011). *Acolher brincando. A brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Loures: Lusociência.
- Teixeira, E. M. D. B. R., Figueiredo, M. C. B. A. (2009). A experiência da criança no perioperatório de cirurgia programada. *Revista de Enfermagem Referência*, 2(9), 7-14.
- Terry, K. L., Crego, N. (2016). Addressing differences and challenges in the pediatric perioperative setting. *AORN Journal*, 104(1), 1–3.
- Thayer-Hart, N., J. Dykema, K. Elver, N. C. Schaeffer, J. Stevenson (2010). *Survey fundamentals - a guide to designing and implementing surveys*, Office of Quality Improvement, University of Wisconsin, 20.

- The World Health Assembly (2014). *Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course*. WHA67.19, 9th plenary meeting, A67/VR/9, 24 May 2014. Acedido em 28-09-2017, disponível em [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA67/A67\\_R19en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19en.pdf).
- Timmins, F. (2006). Exploring the concept of 'information need'. *International Journal of Nursing Practice*, (12) 375–381.
- Twamley, K., Kelly, P., Moss, R., Mancini, A., Craig, F., Koh, M., Polonsky, R., Bluebond-Langner, M. (2012). Palliative care education in neonatal units: impact on knowledge and attitudes. *BMJ Support Palliat Care*, 3 (2), 213–220.
- Vaezzadeh, N., Douki, Z. E., Hadipour, A., Osia, S., Shahmohammadi, S., Sadeghi, R. (2011). The effect of performing preoperative preparation program on school age children's anxiety. *Iranian Journal of Pediatrics*, 21(4), 461- 466.
- Veiga, B., Henriques, E., Barata, F., Santos, F., Santos, I., Martins, M., ... Silva, P. (2011). *Manual de normas de enfermagem*. ACSS Administração Central Do Sistema de Saúde. IP. 2ª Ed. 285.
- Vilelas, J. M. da S., Janeiro, S. I. D. (2012). Transculturalidade: o enfermeiro com competência cultural. *Revista Mineira de Enfermagem*, 16(1), 120–127.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Wheeler, H. J. (2005). The importance of parental support when caring for the acutely ill child. *Nursing in Critical Care*, 10 (2), 56-62.

**ANEXOS**

**Anexo I - Gráficos de casuística do Internamento de pediatria e cirurgia pediátrica**

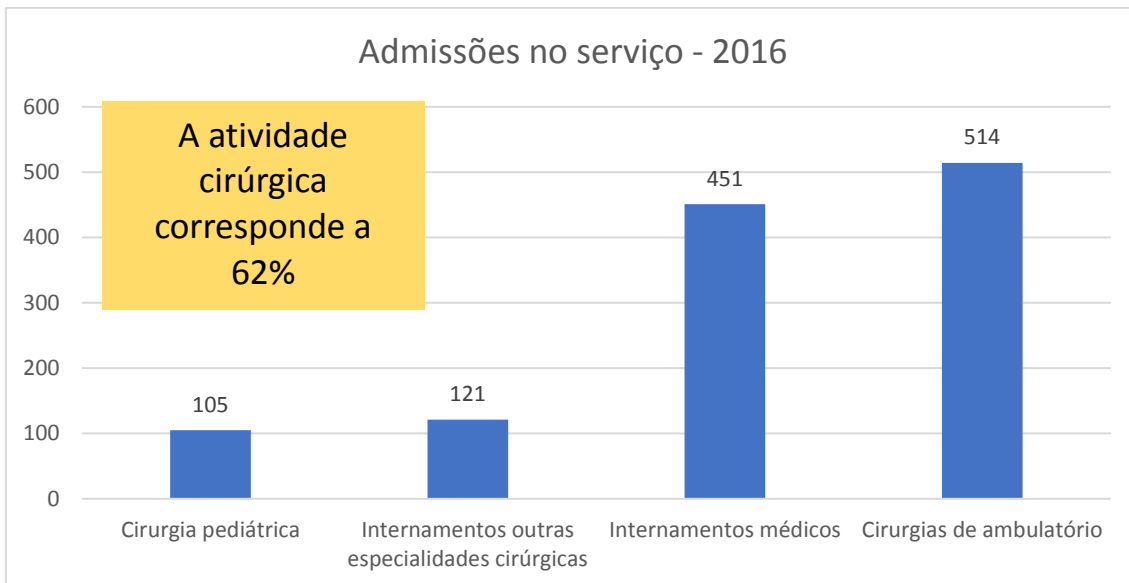


Gráfico 1 – Admissões no internamento de pediatria e cirurgia pediátrica.

Fonte: Rocha, C. (2017). *Casuística do internamento de pediatria e cirurgia pediátrica* [slides PowerPoint] apresentado em Reunião de serviço.

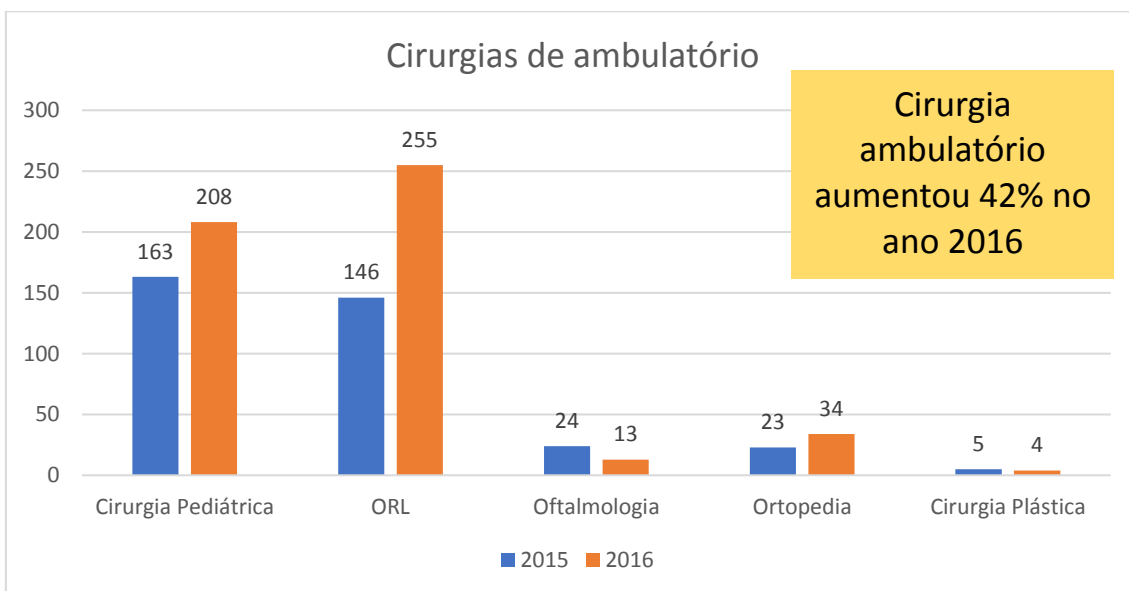


Gráfico 2 – Cirurgias de ambulatório no internamento de pediatria e cirurgia pediátrica.

Fonte: Rocha, C. (2017). *Casuística do internamento de pediatria e cirurgia pediátrica* [slides PowerPoint] apresentado em Reunião de serviço.

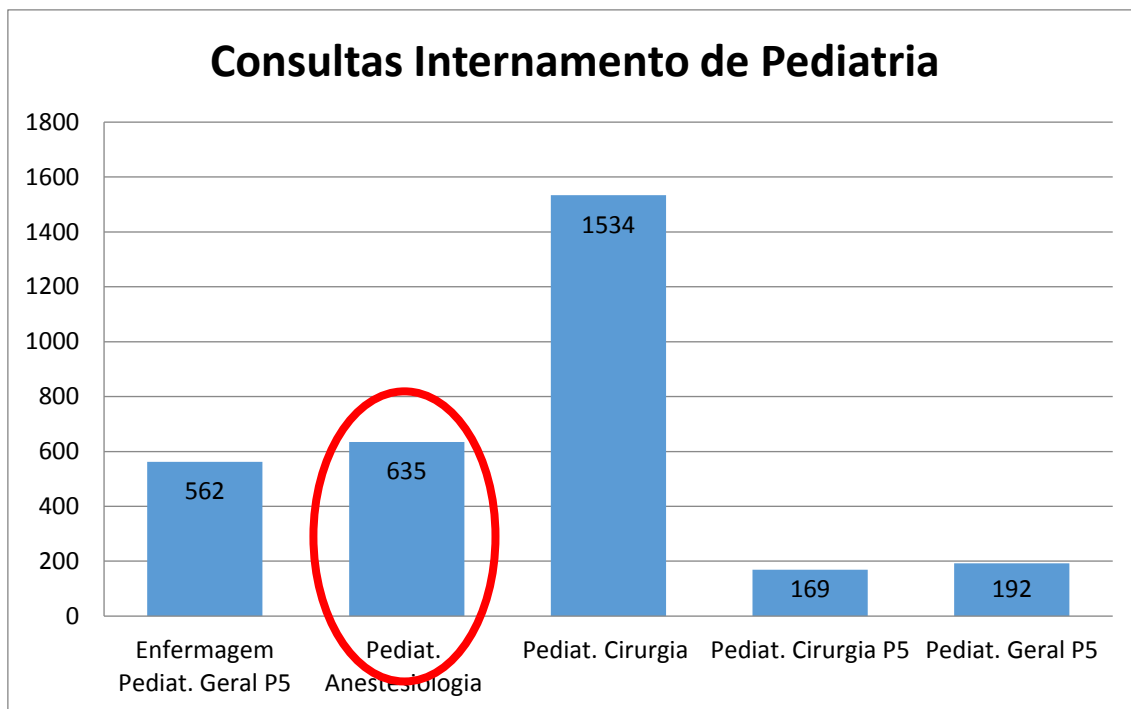


Gráfico 3 - Consultas do internamento de pediatria e cirurgia pediátrica.

Fonte: Rocha, C. (2017). *Casística do internamento de pediatria e cirurgia pediátrica* [slides PowerPoint] apresentado em Reunião de serviço.

**Anexo II – Certificado de participação - Conferência Internacional “Addressing and Supporting Family and Child Wellbeing | 15 years of Touchpoints in Portugal”**



CONFERÊNCIA INTERNACIONAL

09|10 NOV 2017

ADDRESSING  
AND SUPPORTING  
FAMILY AND CHILD  
WELLBEING

*Pelo Bem-estar da Criança e da Família*

Certifica-se que

**Marta Cristina Godinho Bentes**

participou na Conferência Internacional *“Addressing and Supporting Family and Child Wellbeing | 15 years of Touchpoints in Portugal”*, realizada nos dias 9 e 10 de Novembro de 2017, na Faculdade de Medicina Dentária, em Lisboa.

Lisboa, 10 de Novembro de 2017

Prof. Doutor João Carlos Gomes-Pedro

Presidente do Conselho de Administração da Fundação Brazelton/Gomes-Pedro Para as Ciências do Bebê e da Família

COM O ALTO PATROCÍNIO  
DE SUA EXCELÊNCIA



O Presidente da República

**Anexo III – Declaração de frequência - Sessão clínica “Cobertura de saúde universal e cuidados paliativos”**



## DECLARAÇÃO DE FREQUÊNCIA

Para os devidos efeitos declara-se que MARTA CRISTINA GODINHO BENTES, natural de SAO SEBASTIAO DA PEDREIRA, nascido(a) a 22-11-1978, de nacionalidade Portugal, sexo Feminino, portador(a) do Cartão de cidadão n.º 11287427, frequentou o curso de Sessão Clínica da Direcção de Enfermagem - "Cobertura de saúde universal e cuidados paliativos", com início a 17 de Outubro de 2017 e fim a 17 de Outubro de 2017, com uma duração total de 02:00 horas, sendo a frequência do formando de 02h00 horas.

Almada, 16 de Maio de 2018

O Responsável pela Entidade Formadora

  
\_\_\_\_\_

Ana Jorge  
Presidente  
Centro Formação,  
Ensino e Investigação  
Garcia de Orta

**Anexo IV – Certificado de participação - 3º Workshop Emoções em Saúde – *Team Building* – Gestão das Emoções em Enfermagem**

## 3º WORKSHOP

Linha de investigação "Emoções em Saúde"



Certifica-se que

Marta Brito Jardim Bentes

Participou no **3º Workshop da Linha de Investigação "Emoções em Saúde"**, subordinado ao tema "**Team Building: Gestão das Emoções em Enfermagem**", que teve lugar na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa - Polo Artur Ravara, nos dias 25 e 26 de Outubro de 2017, perfazendo um total de 8h.

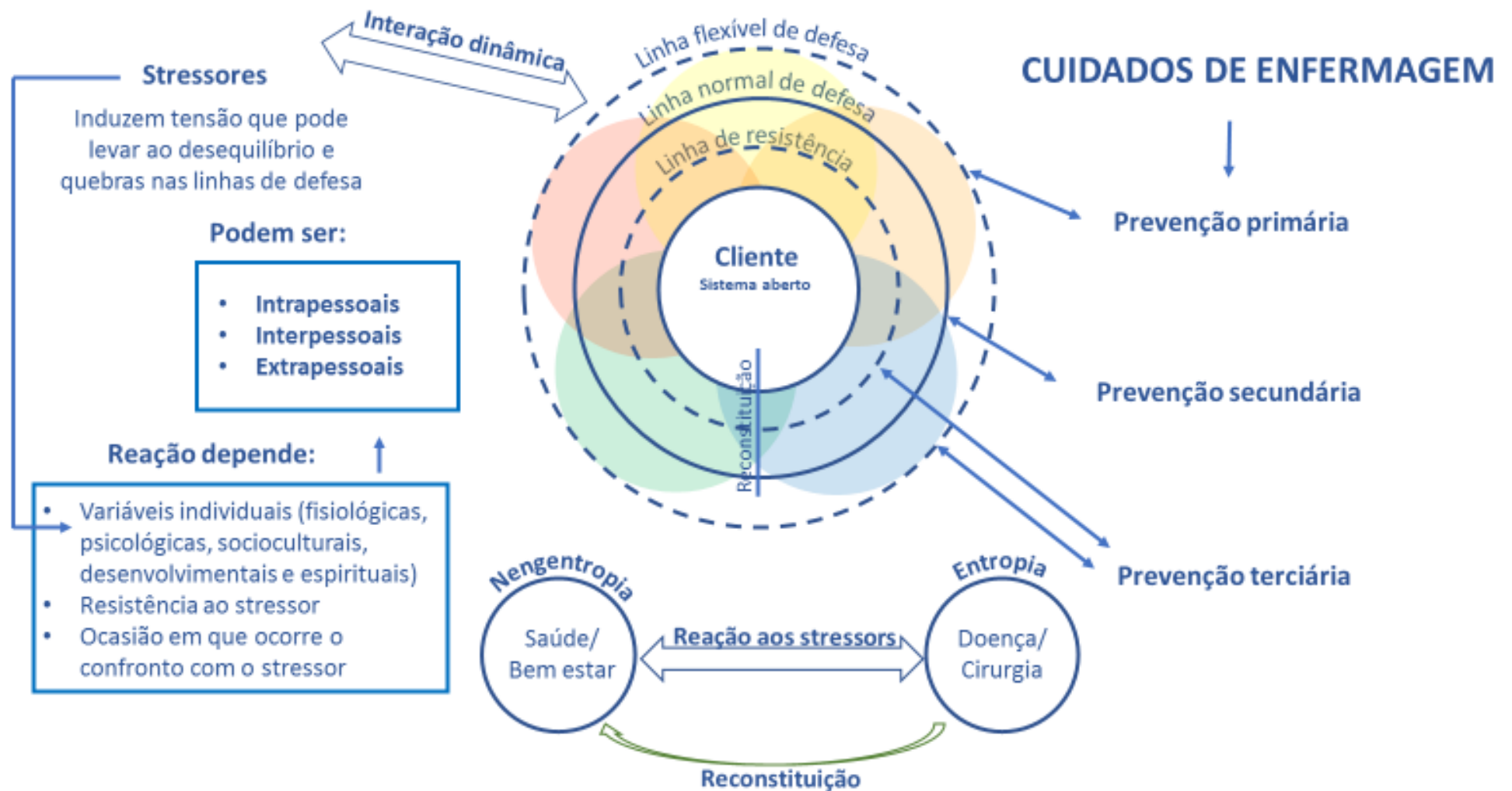
Paula Diogo

Professora Doutora Paula Diogo

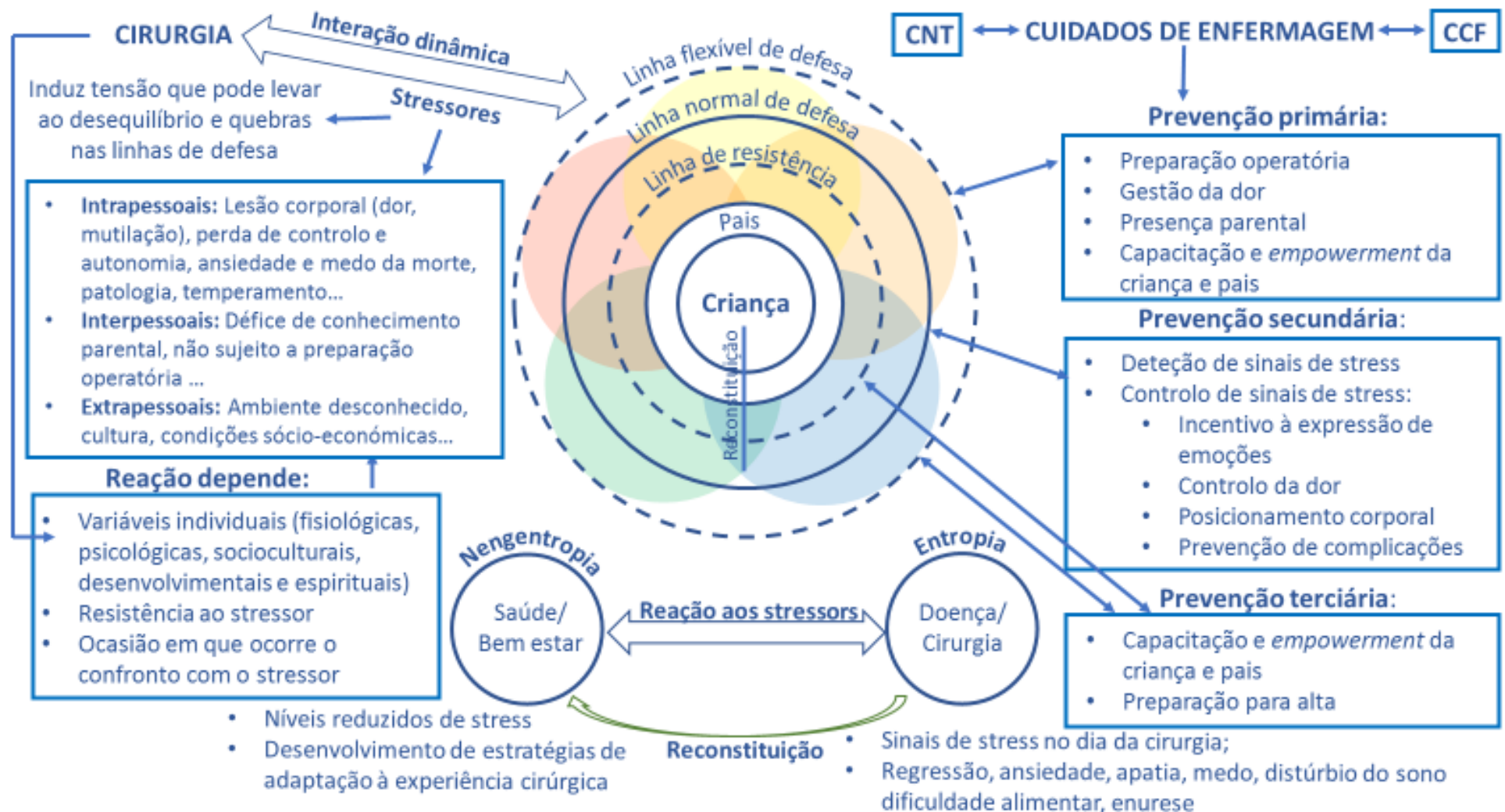
Coordenadora da Linha de Investigação "Emoções em Saúde"

**APÊNDICES**

## **Apêndice I – Modelo de sistemas de Betty Neuman adaptado**



**Apêndice II – Cuidados de enfermagem na preparação da criança e família para  
cirurgia - Adaptação do modelo de sistemas de B. Neuman**



**Apêndice III – Cronograma de estágio**

ANOS	2017														2018								
MESES	Set.	Outubro					Novembro				Dezembro				Janeiro					Fevereiro			
DIAS	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27	4	11	18	25	1	8	15	22	29	5	12	19	26
	29	6	13	20	27	3	10	17	24	1	8	15	22	30	5	12	19	26	2	9	16	23	2
Unidade Saúde Familiar															<b>Férias Natal</b>						<b>Elaboração e Entrega do Relatório</b>		
Consulta Externa de Pediatria																							
Urgência Pediátrica																							
Neonatologia																							
Internamento de Pediatria e Cirurgia Pediátrica																							

**Apêndice IV – Objetivos e atividades de estágio por contexto**

## Unidade de Saúde Familiar

**Objetivo Geral: Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança, jovem e família, nos processos de saúde e doença em diferentes contextos pediátricos**

### Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (OE, 2010<sup>b</sup>)

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

**Objetivo Específico:** Estabelecer uma comunicação terapêutica com a criança e família nos vários estádios de desenvolvimento

Atividades	Recursos	Indicadores de resultado	Critérios de avaliação
<p>Pesquisa bibliográfica sobre a comunicação com a criança e família nos vários estádios de desenvolvimento</p> <p>Participação em eventos de caráter científico (congressos, jornadas...)</p> <p>Observação das estratégias utilizadas pelo EEESCJ no que respeita à comunicação com a criança e família</p> <p>Estabelecimento de processos de interação/comunicação com a criança e família</p> <p>Reflexão sobre as estratégias mais adequadas de comunicação a cada situação</p>	<p>Literatura Científica disponível</p> <p>Base de dados eletrónicas</p> <p>EEESCJ Equipa multidisciplinar</p>	<p>Jornal de aprendizagem sobre os aspetos mais relevantes na comunicação com a criança (preferencialmente em idade <i>toddler</i> ou pré-escolar)</p> <p>Documento síntese reflexiva das aprendizagens</p> <p>Relatório final</p>	<p>Baseia a sua praxis em padrões sólidos de conhecimento</p> <p>Promove a incorporação do conhecimento na área da prestação de cuidados</p> <p>Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro</p> <p>Demonstra capacidades de comunicação com a criança e família atendendo ao seu estágio de desenvolvimento, cultura e contexto de cuidados</p> <p>Demonstra capacidade reflexiva das práticas de cuidados</p>

**Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (OE, 2010<sup>b</sup>)**

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

**Objetivo Específico:** Promover o crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem

<b>Atividades</b>	<b>Recursos</b>	<b>Indicadores de resultado</b>	<b>CrITÉrios de avaliação</b>
Pesquisa bibliográfica sobre o crescimento e desenvolvimento infantil e juvenil	Literatura Científica disponível		Baseia a sua praxis em padrões sólidos de conhecimento
Participação em eventos de carácter científico (congressos, jornadas...)	Base de dados eletrónicas		Promove a incorporação do conhecimento na área da prestação de cuidados
Observação/Participação em consultas de saúde infantil	Diretrizes de avaliação de desenvolvimento preconizadas pela DGS – PNSIJ de 2013	Documento síntese reflexiva das aprendizagens	Demonstra conhecimento sobre as diferentes etapas do desenvolvimento infantil e juvenil
Avaliação e registo dos parâmetros de crescimento e desenvolvimento			Demonstra competência na avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança e jovem
Participação na orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil e juvenil	Normas e protocolos do serviço	Relatório final	Demonstra competência no diagnóstico de eventuais necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem
Consulta dos instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil utilizados			
Análise das estratégias de intervenção face às crianças com desvios do crescimento e desenvolvimento Identificação dos recursos da comunidade e respetiva articulação entre estes	EEESCJ Equipa multidisciplinar		Referencia crianças/jovens com incapacidades e doença crónica para instituições de suporte e para cuidados particulares, se necessário

**Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (OE, 2010<sup>b</sup>)**

E2. Cuida da criança/jovem família em situação de especial complexidade

**Objetivo Específico:** Prestar cuidados de enfermagem à criança e família, com foco na gestão do stress, em situações de especial complexidade.

Atividades	Recursos	Indicadores de resultado	Critérios de avaliação
<p>Promoção das competências parentais através de atividades de educação para a saúde e reforço positivo</p> <p>Observação e participação nos cuidados promotores da parentalidade e vinculação</p> <p>Promoção de estratégias de gestão dos <i>stressores</i> inerentes aos cuidados de saúde</p>	<p>Literatura Científica disponível</p> <p>Base de dados eletrónicas</p> <p>EEESCJ</p> <p>Equipa multidisciplinar</p>	<p>Documento síntese reflexiva das aprendizagens</p> <p>Relatório final</p>	<p>Baseia a sua praxis em padrões sólidos de conhecimento</p> <p>Promove a incorporação do conhecimento na área da prestação de cuidados</p> <p>Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro</p> <p>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</p> <p>Demonstra capacidade reflexiva das práticas de cuidados</p>

## Consulta Externa de Pediatria

**Objetivo Geral: Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança, jovem e família, nos processos de saúde e doença em diferentes contextos pediátricos**

### Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (OE, 2010<sup>b</sup>)

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

**Objetivo Específico:** Estabelecer uma comunicação terapêutica com a criança e família nos vários estádios de desenvolvimento

Atividades	Recursos	Indicadores de resultado	Critérios de avaliação
<p>Pesquisa bibliográfica sobre a comunicação com a criança e família nos vários estádios de desenvolvimento</p> <p>Participação em eventos de carácter científico (congressos, jornadas...)</p> <p>Observação das estratégias utilizadas pelo EEESCJ no que respeita à comunicação com a criança e família</p> <p>Estabelecimento de processos de interação/comunicação com a criança e família</p> <p>Reflexão sobre as estratégias mais adequadas de comunicação a cada situação</p>	<p>Literatura Científica disponível</p> <p>Base de dados eletrónicas</p> <p>EEESCJ</p> <p>Equipa multidisciplinar</p>	<p>Documento síntese reflexiva das aprendizagens</p> <p>Relatório final</p>	<p>Baseia a sua praxis em padrões sólidos de conhecimento</p> <p>Promove a incorporação do conhecimento na área da prestação de cuidados</p> <p>Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro</p> <p>Demonstra capacidades de comunicação com a criança e família atendendo ao seu estágio de desenvolvimento, cultura e contexto de cuidados</p> <p>Demonstra capacidade reflexiva das práticas de cuidados</p>

**Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (OE, 2010<sup>b</sup>)**

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

**Objetivo Específico:** Promover o crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem

<b>Atividades</b>	<b>Recursos</b>	<b>Indicadores de resultado</b>	<b>CrITÉrios de avaliação</b>
Pesquisa bibliográfica sobre o crescimento e desenvolvimento infantil e juvenil	Literatura Científica disponível		Baseia a sua praxis em padrões sólidos de conhecimento
Participação em eventos de carácter científico (congressos, jornadas...)	Base de dados eletrónicas		Promove a incorporação do conhecimento na área da prestação de cuidados
Observação/Participação em consultas de preparação para cirurgia			Demonstra conhecimento sobre as diferentes etapas do desenvolvimento infantil e juvenil
Avaliação e registo dos parâmetros de crescimento e desenvolvimento	Normas e protocolos do serviço	Documento síntese reflexiva das aprendizagens	Demonstra competência na avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança e jovem
Participação na orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil e juvenil	EEESCJ Equipa multidisciplinar	Relatório final	Demonstra competência no diagnóstico de eventuais necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem
Identificação das estratégias de intervenção face às crianças com desvios do crescimento e desenvolvimento			Referencia crianças/jovens com incapacidades e doença crónica para instituições de suporte e para cuidados particulares, se necessário
Identificação dos recursos da comunidade e respetiva articulação entre estes			

**Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (OE, 2010<sup>b</sup>)**

E2. Cuida da criança/jovem família em situação de especial complexidade

**Objetivo Específico:** Prestar cuidados de enfermagem à criança e família, com foco na gestão do stress, em situações de especial complexidade.

Atividades	Recursos	Indicadores de resultado	Critérios de avaliação
Participação nos cuidados de enfermagem à criança e família em situações de especial complexidade, sujeitos a diferentes fatores de stress	EEESCJ Equipa multidisciplinar	Estudo de caso no âmbito da preparação da criança para cirurgia com base no quadro de referência de Betty Neuman.	Baseia a sua praxis em padrões sólidos de conhecimento
Promoção das competências parentais através de atividades de educação para a saúde e reforço positivo			Promove a incorporação do conhecimento na área da prestação de cuidados
Observação e participação nos cuidados promotores da parentalidade e vinculação			Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro
Desenvolver de estratégias de gestão dos <i>stressores</i> inerentes aos cuidados de saúde		Documento síntese reflexiva das aprendizagens	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
Elaboração de um estudo de caso no âmbito da preparação da criança em idade escolar para cirurgia com base no quadro de referência de Betty Neuman.		Relatório final	Demonstra capacidade reflexiva das práticas de cuidados

Objetivo geral: **Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados em saúde da criança e do jovem, com foco na preparação da criança e família para cirurgia**

**Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010<sup>a</sup>)**

B2 — Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade

**Objetivo Específico:** Conhecer as intervenções de enfermagem para a preparação da criança para cirurgia

Atividades	Recursos	Indicadores de resultado	Critérios de avaliação
<p>Elaboração de um guião de entrevista exploratória sobre a experiência na preparação para cirurgia</p> <p>Realização de entrevista a perito, que recolha opiniões e experiências acerca do tema em estudo, no sentido de compreender a adequação das práticas às orientações preconizadas a nível internacional e nacional</p> <p>Observação/Participação em Consultas de Pediatria de preparação para cirurgia</p> <p>Identificação da organização e dinâmica da consulta de preparação para cirurgia</p> <p>Identificação das intervenções de enfermagem para a preparação da criança para cirurgia adotadas pelo EEESCJ</p>	<p>EEESCJ Equipa multidisciplinar</p> <p>Perito</p> <p>Literatura Científica disponível; Base de dados eletrónicas;</p>	<p>Guião de entrevista</p> <p>Relatório de entrevista que reflita os pontos abordados no planeamento da atividade</p> <p>Documento síntese reflexiva das aprendizagens</p> <p>Relatório final</p>	<p>Baseia a sua praxis em padrões sólidos de conhecimento</p> <p>Promove a incorporação do conhecimento na área da prestação de cuidados</p> <p>Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro</p> <p>Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, nomeadamente na preparação da criança e família para cirurgia</p> <p>Demonstra capacidade reflexiva das práticas de cuidados</p>

## Urgência Pediátrica

Objetivo Geral: **Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança, jovem e família, nos processos de saúde e doença em diferentes contextos pediátricos**

### Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (OE, 2010<sup>b</sup>)

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

**Objetivo Específico:** Estabelecer uma comunicação terapêutica com a criança e família nos vários estádios de desenvolvimento

Atividades	Recursos	Indicadores de resultado	Critérios de avaliação
<p>Pesquisa bibliográfica sobre a comunicação com a criança e família nos vários estádios de desenvolvimento</p> <p>Observação das estratégias utilizadas pelo EEESCJ no que respeita à comunicação com a criança e família</p> <p>Estabelecimento de processos de interação/comunicação com a criança e família</p> <p>Reflexão sobre as estratégias mais adequadas de comunicação a cada situação</p>	<p>Literatura Científica disponível</p> <p>Base de dados eletrónicas</p> <p>EEESCJ</p> <p>Equipa multidisciplinar</p>	<p>Documento síntese reflexiva das aprendizagens</p> <p>Relatório final</p>	<p>Baseia a sua praxis em padrões sólidos de conhecimento</p> <p>Promove a incorporação do conhecimento na área da prestação de cuidados</p> <p>Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro</p> <p>Demonstra capacidades de comunicação com a criança e família atendendo ao seu estágio de desenvolvimento, cultura e contexto de cuidados</p> <p>Demonstra capacidade reflexiva das práticas de cuidados</p>

**Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (OE, 2010<sup>b</sup>)**

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

**Objetivo Específico:** Promover o crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem

<b>Atividades</b>	<b>Recursos</b>	<b>Indicadores de resultado</b>	<b>Crítérios de avaliação</b>
Pesquisa bibliográfica sobre o crescimento e desenvolvimento infantil e juvenil	Literatura Científica disponível		Baseia a sua praxis em padrões sólidos de conhecimento
Observação da intervenção do EEESCJ no que respeita à promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e família	Base de dados eletrónicas	Observação de pelo menos 2 consultas no Centro de Desenvolvimento da Criança	Promove a incorporação do conhecimento na área da prestação de cuidados
Avaliação e registo dos parâmetros de crescimento e desenvolvimento	Normas e protocolos do serviço		Demonstra conhecimento sobre as diferentes etapas do desenvolvimento infantil e juvenil
Consulta dos instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil utilizados			Demonstra competência na avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança e jovem
Participação na orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil e juvenil	EEESCJ	Documento síntese reflexiva das aprendizagens	Demonstra competência no diagnóstico de eventuais necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem
Identificação das estratégias de intervenção face às crianças com desvios do crescimento e desenvolvimento	Equipa multidisciplinar	Relatório final	
Identificação dos recursos da comunidade e respetiva articulação entre estes			Referencia crianças/jovens com incapacidades e doença crónica para instituições de suporte e para cuidados particulares, se necessário

## Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (OE, 2010<sup>b</sup>)

E2. Cuida da criança/jovem família em situação de especial complexidade

**Objetivo Específico:** Prestar cuidados de enfermagem à criança e família, com foco na gestão do stress, em situações de especial complexidade.

Atividades	Recursos	Indicadores de resultado	Critérios de avaliação
Participação nos cuidados de enfermagem à criança e família em situações de especial complexidade, sujeitos a diferentes fatores de stress	EEESCJ Equipa multidisciplinar	Documento síntese reflexiva das aprendizagens	Baseia a sua praxis em padrões sólidos de conhecimento
Promoção das competências parentais através de atividades de educação para a saúde e reforço positivo		Promove a incorporação do conhecimento na área da prestação de cuidados	
Observação e participação nos cuidados promotores da parentalidade e vinculação		Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro	
Desenvolver estratégias de gestão dos <i>stressores</i> inerentes aos cuidados de saúde		Kit de preparação para cirurgia	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
Elaboração de proposta de revisão de norma de procedimento Preparação da criança e família para cirurgia urgente		Apresentação proposta de revisão de norma de procedimento Preparação da criança e família para cirurgia urgente à equipa de enfermagem	Demonstra capacidade reflexiva das práticas de cuidados
Criação de Kit de preparação para cirurgia			
Apresentação proposta de revisão de norma de procedimento Preparação da criança e família para cirurgia urgente à equipa de enfermagem		Relatório final	

## Neonatologia

**Objetivo Geral: Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança, jovem e família, nos processos de saúde e doença em diferentes contextos pediátricos**

### Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (OE, 2010<sup>b</sup>)

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

#### **Objetivo Específico:** Promover o crescimento e desenvolvimento da criança

Atividades	Recursos	Indicadores de resultado	Critérios de avaliação
<p>Pesquisa bibliográfica sobre o crescimento e desenvolvimento infantil</p> <p>Avaliação e registo dos parâmetros de crescimento e desenvolvimento</p> <p>Participação na orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil</p> <p>Identificação das estratégias de intervenção face aos recém-nascidos com desvios do crescimento e desenvolvimento</p> <p>Identificação dos recursos da comunidade e respetiva articulação entre estes</p>	<p>Literatura Científica disponível</p> <p>Base de dados eletrónicas</p> <p>Normas e protocolos do serviço</p> <p>EEESCJ Equipa multidisciplinar</p>	<p>Documento síntese reflexiva das aprendizagens</p> <p>Relatório final</p>	<p>Baseia a sua praxis em padrões sólidos de conhecimento</p> <p>Promove a incorporação do conhecimento na área da prestação de cuidados</p> <p>Demonstra conhecimento sobre as diferentes etapas do desenvolvimento infantil</p> <p>Demonstra competência na avaliação do crescimento e desenvolvimento do recém-nascido</p> <p>Demonstra competência no diagnóstico de eventuais necessidades especiais e incapacidades do recém-nascido</p> <p>Referencia do recém-nascidos com incapacidades e doença crónica para instituições de suporte e para cuidados particulares, se necessário</p>

**Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (OE, 2010<sup>b</sup>)**

E2. Cuida da criança/jovem família em situação de especial complexidade

**Objetivo Específico:** Prestar cuidados de enfermagem à criança e família, com foco na gestão do stress, em situações de especial complexidade.

Atividades	Recursos	Indicadores de resultado	Critérios de avaliação
Participação nos cuidados de enfermagem ao recém-nascido em situações de especial complexidade, sujeitos a diferentes fatores de stress	EEESCJ Equipa multidisciplinar	Documento síntese reflexiva das aprendizagens	Baseia a sua praxis em padrões sólidos de conhecimento
Observação e participação nos cuidados promotores da parentalidade e vinculação		Relatório final	Promove a incorporação do conhecimento na área da prestação de cuidados
Desenvolver de estratégias de gestão dos <i>stressores</i> inerentes aos cuidados de saúde			Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro
			Providencia cuidados ao recém-nascido promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência
			Demonstra capacidade reflexiva das práticas de cuidados

## Internamento de Pediatria e Cirurgia Pediátrica

**Objetivo Geral: Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança, jovem e família, nos processos de saúde e doença em diferentes contextos pediátricos**

<b>Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (OE, 2010<sup>b</sup>)</b>			
E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem			
<b>Objetivo Específico:</b> Promover o crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem			
<b>Atividades</b>	<b>Recursos</b>	<b>Indicadores de resultado</b>	<b>CrITÉrios de avaliação</b>
<p>Pesquisa bibliográfica sobre o crescimento e desenvolvimento infantil e juvenil</p> <p>Observação/Participação em consultas de preparação para cirurgia</p> <p>Observação/Participação em consultas de enfermagem do núcleo de Spina Bífida no CDC</p> <p>Avaliação e registo dos parâmetros de crescimento e desenvolvimento</p> <p>Participação na orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil e juvenil</p> <p>Identificação das estratégias de intervenção face às crianças com desvios do crescimento e desenvolvimento</p> <p>Identificação dos recursos da comunidade e respetiva articulação entre estes</p>	<p>Literatura Científica disponível</p> <p>Base de dados eletrónicas</p> <p>Normas e protocolos do serviço</p> <p>EEESCJ</p> <p>Equipa multidisciplinar</p>	<p>Documento síntese reflexiva das aprendizagens</p> <p>Relatório final</p>	<p>Baseia a sua praxis em padrões sólidos de conhecimento</p> <p>Promove a incorporação do conhecimento na área da prestação de cuidados</p> <p>Demonstra conhecimento sobre as diferentes etapas do desenvolvimento infantil e juvenil</p> <p>Demonstra competência na avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança e jovem</p> <p>Demonstra competência no diagnóstico de eventuais necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem</p> <p>Referencia crianças/jovens com incapacidades e doença crónica para instituições de suporte e para cuidados particulares, se necessário</p>

Objetivo geral: **Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados em saúde da criança e do jovem, com foco na preparação da criança e família para cirurgia**

<b>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010<sup>a</sup>)</b>			
B2 — Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade e família			
<b>Objetivo Específico:</b> Analisar a prática de cuidados centrada na preparação da criança e família para cirurgia			
<b>Atividades</b>	<b>Recursos</b>	<b>Indicadores de resultado</b>	<b>Critérios de avaliação</b>
Elaboração de instrumento para diagnóstico de necessidades formativas e identificação de oportunidades de melhoria, segundo perceção dos profissionais da equipa multidisciplinar envolvidos no programa de preparação da criança e família para cirurgia	Bibliografia sobre elaboração de instrumentos de recolha de dados	Identificação de necessidades de formação dos elementos da equipa	Baseia a sua praxis em padrões sólidos de conhecimento
Solicitação da autorização para aplicação do instrumento	Centro de Formação e Investigação	Identificação de oportunidades de melhoria na implementação do programa de preparação da criança e família para cirurgia segundo perceção dos profissionais envolvidos	Promove a incorporação do conhecimento na área da prestação de cuidados
Aplicação do instrumento	EEESCJ	Autorização da instituição	Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro
Análise dos dados	Equipa multidisciplinar	Aplica questionário a todos os elementos da equipa multidisciplinar envolvida no programa de preparação da criança e família para cirurgia	Demonstra assertividade e autoconhecimento
Identificação das necessidades formativas e oportunidades de melhoria no programa de preparação da criança e família para cirurgia	Bibliografia análise de dados	Síntese dos resultados obtidos: necessidades formativas e sugestões de melhoria apresentadas pela equipa	Otimiza a resposta da equipa e gere recursos de forma eficiente
Observar/participar nos cuidados prestados no período pós-operatório imediato na UCA	Aplicação informática para tratamento de dados	Proposta de reorganização do programa de preparação para cirurgia	Demonstra capacidade reflexiva das práticas de cuidados
Elaboração de proposta de reorganização do programa de preparação da criança e família para cirurgia, em parceria com pelo menos 2 elementos da equipa (elementos dinamizadores)	Dados recolhidos	Documento síntese reflexiva das aprendizagens no contexto	
	Evidência produzida no objetivo conhecer as intervenções de enfermagem para a preparação da criança para cirurgia	Relatório final	

**Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010<sup>a</sup>)**

B2 — Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade

**Objetivo Específico:** Liderar o processo de mudança da prática que promova a preparação da criança para cirurgia baseada na evidência

<b>Atividades</b>	<b>Recursos</b>	<b>Indicadores de resultado</b>	<b>Crítérios de avaliação</b>
<p>Identificação de 2 elementos dinamizadores para colaboração na análise e mudança das práticas</p> <p>Agendamento de reuniões com líderes formais do internamento para análise de operacionalização da mudança da prática</p> <p>Divulgação dos resultados do diagnóstico de situação e proposta de reorganização do programa, elaborada em conjunto com os elementos dinamizadores, à equipa multidisciplinar envolvida no programa de preparação da criança e família para cirurgia</p> <p>Implementação das alterações propostas ao programa de preparação da criança e família para cirurgia (se possível)</p>	<p>Elementos dinamizadores</p> <p>Normas e protocolos do serviço</p> <p>Líderes formais do internamento</p> <p>Orientação do enf. orientador da escola, do local de estágio e enf. chefe do serviço</p> <p>EEESCJ</p> <p>Equipa multidisciplinar</p>	<p>Revisão de norma de procedimento “Preparação da criança e família para cirurgia programada”</p> <p>Momento de in/formação à equipa multidisciplinar relativamente à reorganização do programa de preparação para cirurgia proposto a pelo menos 50% da equipa envolvida.</p> <p>Realiza pelo menos um dia de consulta de enfermagem de preparação à criança e família para cirurgia seguindo a norma de procedimento revista (se possível)</p> <p>Documento síntese reflexiva das aprendizagens</p> <p>Relatório final</p>	<p>Baseia a sua praxis em padrões sólidos de conhecimento</p> <p>Promove a incorporação do conhecimento na área da prestação de cuidados</p> <p>Demonstra autoconfiança, maturidade emocional, honestidade e assertividade</p> <p>Otimiza a resposta da equipa e gere recursos de forma eficiente</p> <p>Mobiliza estratégias para envolver a equipa de enfermagem para a adesão à mudança</p> <p>Demonstra competências na formação de pares</p> <p>Introduz mudanças no programa baseadas na evidência que catapulte a organização e os seus membros para níveis superiores de desempenho</p>

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ordem dos Enfermeiros. (2010<sup>a</sup>). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2010<sup>b</sup>). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

**Apêndice V - Jornal de aprendizagem - “Os difíceis *toddlers*”**



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM  
DE LISBOA**

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

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**Jornal de aprendizagem “Os Difíceis Toddlers”**

**Marta Cristina Godinho Bentes**

**LISBOA**

**Outubro, 2017**

Estabelecer uma comunicação terapêutica com a criança e família nos vários estádios de desenvolvimento é um dos objetivos que delinee para o meu estágio neste percurso de aprendizagem para EEESCJ (Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem). Este documento, pretende despoletar um processo reflexivo essencial para o meu conhecimento e pensamento crítico, através da descrição de um episódio que decorreu da interação de cuidados no contexto de estágio de cuidados de saúde primários.

### **Descrição da situação**

A situação descrita decorreu na consulta de enfermagem de saúde infantil no 3º dia de estágio neste contexto e teve uma duração de cerca de 30 minutos. Na sala estava apenas eu e a enfermeira I. (EEESCJ) que chamou o G. pelo intercomunicador, uma criança de 18 meses que vinha à consulta de vigilância acompanhada pelos pais. Já há algum tempo que ouvíamos uma criança a chorar na sala de espera, e quando a enfermeira I. chamou o G., o som do choro foi ficando mais audível. Segundo os pais do G., este encontrava-se a chorar desde que tinham entrado no centro de saúde. Fui receber o G. à porta, que quando me viu, chorou num tom de voz ainda mais alto. A enfermeira I. apresentou-me, (os pais já conheciam a enfermeira I., de consultas anteriores) os pais sentaram-se e o G. manteve-se ao colo da mãe sempre a chorar. Pedi à mãe para levar o G. para a área de brincar que se encontra na sala, onde está uma mesa, com livros, lápis, folhas e 2 brinquedos que tinha colocado antes de entrarem, adaptados à idade do G. Apesar do esforço da mãe em levar o G. para esta mesa ficando junto a ele, o menino manteve-se sempre a chorar agarrado à mãe, recusando brincar, ou explorar aquela área. Posteriormente, numa tentativa que o G. parasse de chorar, aproximei-me da mesa e comecei a brincar com a mãe com um dos brinquedos na expectativa que o G. se juntasse a nós. A enfermeira I. ia questionando o pai, sobre o comportamento do G., tendo este referido que ele estava zangado com eles, porque tinha iniciado a integração na escola (2h por dia). Desde essa altura que chorava muito, fazia birras por tudo e por nada e estava a ser difícil para os pais lidarem com esta situação. Referiram que o G. era “muito esperto” (sic), que tinham mais 3 filhos, mas este era muito “mais despachado” (sic) e como não percebia porque o deixavam na escola sozinho estava zangado com eles. Tentei aproximar-me do G. através do boneco que trazia consigo, mas nem assim parou de chorar. Perguntei-lhe

como se chamava o seu boneco num tom de voz amigável e assumi uma posição ao seu nível. A consulta foi decorrendo sempre com o G. a chorar. Chegado o momento das vacinas, foi pedido à mãe para posicionar o G. de pernas abertas, rodeando a sua cintura e abraçando o G. O menino manteve-se a chorar tal como estava anteriormente ao procedimento, não intensificando o choro. No final da consulta despedimo-nos do G. acompanhando-o à porta e só quando este saiu e deixou de nos ver parou de chorar.

### **Análise reflexiva da situação**

No final da consulta estava frustrada, por em momento algum o G. ter parado de chorar, tendo-me levado a refletir sobre o que mais poderia ter sido feito.

Para iniciar esta reflexão importa identificar a etapa de desenvolvimento do G. Segundo a teoria desenvolvimento psicossocial de Erik Erikson (1968), o *toddler* (12m-36m) encontra-se numa fase de desenvolvimento de autonomia Vs. vergonha e dúvida. Começa a ganhar alguma independência, executa ações básicas por conta própria e toma decisões simples sobre o que prefere. Aprende a lidar com a dúvida e a vergonha para conquistar a autonomia. Nesta fase, autonomia significa adquirir controlo de algumas funções orgânicas, coordenação motora e capacidade de manipulação de objetos. A criança que no estágio anterior desenvolveu um sentimento de confiança em si mesma e nas pessoas que dela cuidavam terá provavelmente mais facilidade em conquistar a autonomia, isto é, em afirmar e exercer a sua vontade própria. As “birras”, os porquês, são manifestações típicas de autonomia tal como a vontade de querer fazer as coisas sozinho mesmo que não seja ainda competente. Críticas excessivas, castigos e censura por parte dos pais, podem contribuir para que a criança se sinta envergonhada. Por outro lado, fracassos sucessivos podem contribuir para que a criança duvide da sua capacidade para fazer certas coisas por si própria. Erikson pensava que os pais deviam conseguir dosear de forma equilibrada a assistência à criança e o encorajamento da exploração do meio por si própria. Ao permitir que as crianças façam escolhas e tomem o controlo, pais e cuidadores podem ajudar as crianças a desenvolverem um senso de autonomia.

Analisando agora os aspetos da comunicação, considero que tanto eu, como a enfermeira I. demonstrámos uma abordagem inicial adequada para o estabelecimento de um contexto apropriado para a comunicação. Fui à porta receber a família e fui apresentada pela enfermeira I. Na minha experiência profissional de consulta de

preparação para cirurgia, considero a chamada pelo intercomunicador muito impessoal, pelo que vou sempre à sala de espera chamar a criança, pois acredito que a “primeira impressão” é crucial para o desenrolar de toda a interação de cuidados. O ambiente envolvente da consulta também proporcionou privacidade e incluiu um espaço de brincadeira para a criança explorar, que de acordo com Hockenberry (2014<sup>a</sup>) são essenciais para uma introdução de comunicação apropriada.

Analisando as estratégias de comunicação utilizadas, inicialmente pedi à mãe para ir com o G. para a área de brincar, para lhe despertar interesse e vontade de explorar a zona. O brincar promove o desenvolvimento de estratégias para lidar com o stress, minimiza o impacto do procedimento, colocando a criança numa posição ativa, facilitando o autocontrolo, ao dar-lhe oportunidade de tomar decisões, (Sanders, 2014; Tavares, 2011) que tal com referido anteriormente é fundamental na fase de desenvolvimento em que o G. se encontra. Ao perceber que o G. não demonstrou interesse em brincar e continuava a chorar decidi aproximar-me, tendo ciente que os *toddlers* mostram menos receio dos estranhos, desde que os pais estejam presentes (Wilson, 2014). Na tentativa de ganhar a confiança do G. comecei a brincar com a sua mãe, para que este percebesse que eu não era uma ameaça e finalmente, tentei comunicar através do objeto de transição do G, indo de encontro às orientações para a comunicação com a criança de Hockenberry (2014<sup>a</sup>).

Os aspetos não verbais do processo de comunicação emitem mensagens muito significativas no domínio afetivo-emocional e no ambiente terapêutico, pelo que a adoção de gestos suaves e um tom de voz suave e amistosa é crucial na comunicação com a criança na fase *toddler* (Monroe, 2014). Nesta situação utilizei um tom de voz amigável, adotei movimentos suaves e assumi uma posição ao nível da criança.

Contudo, estas estratégias não se mostraram eficazes e o G. continuou a chorar.

A birra é uma característica comum desta fase de desenvolvimento, dado que a sua vontade na busca de independência é frustrada pela figura adulta ou por falta de competências motoras ou cognitivas. É também um indicador de incapacidade de controlo emocional e uma forma do *toddler* procurar a sua autonomia através da objeção à disciplina (Wilson, 2014). O G. começou a chorar desde que tinha entrado no centro de saúde e os pais não experimentaram a implementação de estratégias para impor limites e disciplina. Durante a consulta, os pais manifestaram a sua preocupação com o comportamento do G. desde que tinha iniciado a escola, ao que foi referido que

seria um comportamento normal dado o seu estágio de desenvolvimento. Até agora tinha estado sempre com a mãe, nunca tinha experimentado sequer momentos curtos de separação, segundo a mãe até para dormir necessitava da presença parental, o que explica a sua reação à separação.

Nesta situação teria sido pertinente, na consulta dos 15 meses, numa lógica de cuidado antecipatório, o enfermeiro informar os pais da necessidade do G. vivenciar curtos momentos de separação dos pais, como por exemplo adormecer sem os pais, mas acordar e vê-los, para que apreendesse que os pais existem, mesmo quando fisicamente ausentes (Wilson, 2014), para reforçar a confiança e segurança do G..

O EEESCJ pode ajudar os pais na educação da criança, ajudando-os a colocar limites e disciplina tão necessários ao desenvolvimento da mesma. Estes são fundamentais para que a criança teste os limites do seu controlo, adquira competências, se proteja do perigo, aprenda um comportamento social aceitável e transforme sentimentos indesejáveis em atividades criativas (Hockenberry, 2014<sup>b</sup>). O Council of Europe (2008) define parentalidade positiva como um comportamento parental dirigido ao melhor interesse da criança, que assegure o seu desenvolvimento, educação e capacitação, sem violência proporcionando reconhecimento e orientação com a determinação de limites para possibilitar um pleno desenvolvimento da criança. Teria sido importante, na consulta, incentivar e esclarecer os pais sobre algumas formas de implementação de disciplina como: o ignorar um comportamento negativo de forma consistente, pois se os pais cedem a criança vai perceber que a persistência provoca a atenção parental; a recompensa – explicar o comportamento desejado à criança e estabelecer a recompensa; o time-out – a criança é conduzida a um local pouco estimulante e ao ficar entediada ajusta o seu comportamento, estabelecendo um período de um minuto por cada ano de vida; não esquecendo de elogiar a criança quando esta se comporta de forma desejável ou quando não faz birra (Hockenberry, 2014<sup>b</sup>).

A estratégia da recompensa poderia ter sido tentada nesta situação, referindo ao G. se ele parasse de chorar que teria uma medalha para levar para casa e mostrar aos irmãos.

O comportamento do G. levou-nos a intervir de um modo rápido e envolvendo a mãe nos procedimentos de avaliação dos parâmetros desenvolvimento estato-ponderal, tal como é sugerido por Hockenberry (2014<sup>a</sup>) nas suas orientações em

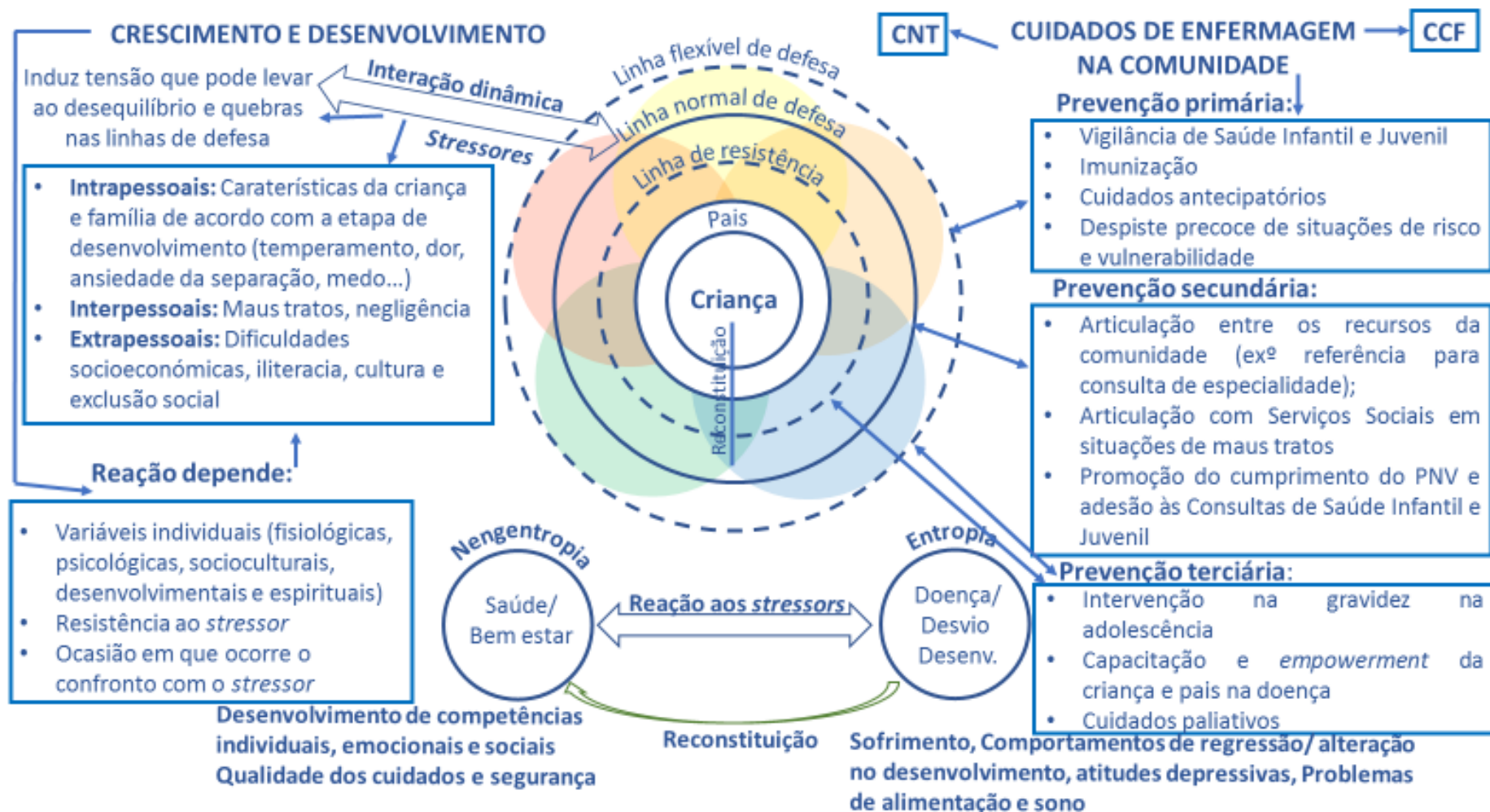
situação de crianças que se recusam a cooperar na realização do exame físico. Na vacinação, além de agirmos de uma forma rápida e direta, adotamos uma atitude de descentração da criança na situação que estava a ocorrer, aproveitámos para promover a interação entre a mãe e a criança num abraço terapêutico, o que permitiu que a criança não visse o procedimento e ao mesmo tempo o seu movimento fosse contido. Esta forma de intervenção foi de encontro às orientações de Brown (2014), para a preparação para procedimentos do *toddler*.

Esta experiência permitiu-me a reflexão sobre a comunicação com o *toddler*, o que constitui um desafio acrescido pelas particularidades que esta fase de desenvolvimento apresenta. “(...) a comunicação é um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas” (Phaneuf, et al, 2005). De acordo com o modelo de Neuman (2011), ao enfermeiro compete a abordagem da criança de uma forma holística, sendo fundamental o desenvolvimento de habilidades e atitudes na arte de comunicar para favorecer o processo de cuidados e ir de encontro às necessidades efetivas do nosso cliente. O enfermeiro em pediatria e principalmente o EEESCJ tem um papel essencial no desenvolvimento e aplicação destas competências, bem como na formação dos seus pares.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brown, T. (2014). Especificidades nas intervenções de enfermagem em pediatria. In M. Hockenberry, D. Wilson (Eds). *WONG, Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed.) vol. II, cap.27. pp.1061-1118. Loures: Lusociência.
- Council of Europe (2008). *Parenting in contemporary Europe: a positive approach*. Strasbourg: Council of Europe Publishing.
- Erikson, E. (1968). *Identify: Youth in Crisis*. New York: Norton.
- Hockenberry, M. (2014<sup>a</sup>). Comunicação e avaliação inicial da criança. In M. Hockenberry, D. Wilson (Eds). *WONG, Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed.) vol. I, cap.6. pp.122-187. Loures: Lusociência.
- Hockenberry, M. (2014<sup>b</sup>). A influência da família na promoção da saúde da criança. In M. Hockenberry, D. Wilson (Eds). *WONG, Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed.) vol. I, cap.3. pp.49-71. Loures: Lusociência.
- Monroe, R. (2014). Promoção da saúde da criança em idade pré-escolar e da família. In M. Hockenberry, D. Wilson (Eds). *WONG, Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed.) vol. I, cap.15. pp.622-644. Loures: Lusociência.
- Neuman, B., Fawcett, J. (2011). *The Neuman systems model*. (5ªed.). EUA: Pearson Education.
- Phaneuf, M., Salgueiro, N., Salgueiro, R. P., E de Carvalho Coutinho, E. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures. Lusociência.
- Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença e hospitalização. In M. Hockenberry, D. Wilson (Eds). *WONG, Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed.) vol. II, cap.26. pp.1025-1060. Loures: Lusociência.
- Tavares, P. (2011). *Acolher Brincando. A Brincadeira Terapêutica no Acolhimento de Enfermagem à Criança Hospitalizada*. Loures: Lusociência.
- Wilson, D. (2014). Promoção da saúde em Idade *Toddler* e família. In M. Hockenberry, D. Wilson (Eds). *WONG, Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed.) vol. I, cap.14. pp.587-621. Loures: Lusociência.

**Apêndice VI – Modelo de sistemas de Betty Neuman adaptado aos Cuidados de saúde primários em saúde infantil**



## **Apêndice VII – Estudo de caso clínico**



# **ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**

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

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**ESTUDO DE CASO CLÍNICO**

**Marta Cristina Godinho Bentes**

**LISBOA**

**Novembro, 2017**

## INTRODUÇÃO

Prestar cuidados de enfermagem à criança e família, com foco na gestão do stress, em situações de especial complexidade é um dos objetivos que delineei para o meu estágio neste percurso de desenvolvimento de competências para EEESCJ (Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem). Este estudo de caso, no âmbito da preparação da criança para cirurgia, em idade escolar, com base no quadro de referência Betty Neuman, pretende despoletar um processo reflexivo essencial para o meu conhecimento e pensamento crítico.

Segundo a Teoria de sistemas (Neuman, 2011), o processo de enfermagem apresenta três passos:

(1) Diagnóstico de enfermagem, através da colheita de dados do cliente que visa identificar *stressores* que provoquem variações no seu bem-estar;

(2) Objetivos de enfermagem, que inclui as intervenções de enfermagem, num dos três modos de prevenção, para a resolução das variações do bem-estar.

(3) Resultados de enfermagem, que demonstram o efeito que as intervenções provocaram no cliente, ou seja, permitem avaliar se o equilíbrio do cliente foi restabelecido ou ainda se encontra alterado.

Através da identificação das necessidades da criança e família, atendendo aos *stressores* presentes, numa situação concreta de prestação de cuidados que decorreu no contexto de estágio da consulta externa de pediatria, será elaborado um plano de cuidados que dê resposta às necessidades e *stressores* identificados.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de caso único, descritivo, holístico e clínico com base na Modelo de Sistemas de Betty Neuman.

Na seleção da criança e família, foram definidos como critérios de inclusão: criança em idade escolar, que apresentasse pelo menos um *stressor* relacionado com a cirurgia, que frequentasse a consulta externa de pediatria e que tivesse consulta agendada entre 6 a 10 de novembro de 2017.

Para a recolha de dados, recorri a fontes documentais, como os registos clínicos disponíveis, a entrevista à mãe e à criança e à observação das mesmas. Esta colheita de dados foi realizada num único momento, no âmbito de uma consulta de enfermagem de preparação para a cirurgia. Posteriormente procedi à sua análise e organização, a partir da identificação dos *stressores* (intrapessoais, interpessoais e extrapessoais), como proposto no modelo de sistemas de Neuman. Em seguida identifiquei os diagnósticos de enfermagem, planeei as intervenções e os resultados esperados, segundo a Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE) (Conselho Internacional De Enfermeiros, 2011) e tendo em consideração o Resumo mínimo de dados e core de indicadores de enfermagem para o repositório central de dados da saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

A criança e família escolhida foi esclarecida do âmbito e objetivos do estudo, concedendo o seu consentimento oral, livre e informado.

## COLHEITA DE DADOS

### Identificação da criança:

**Nome:** A.

**Idade:** 7 anos (Idade aparente coincidente com idade cronológica)

**Sexo:** Feminino

**Nacionalidade:** S. Tomé e Príncipe (em Portugal acompanhada pela mãe há cerca de 5 meses para resolução do seu problema cirúrgico)

**Diagnóstico:** Fenda do palato

**Motivo de admissão na consulta:** preparação para cirurgia de reparação de fenda do palato

**Peso:** 30KG

**Antecedentes de saúde:** cirurgia aos 2 anos em Cabo Verde e aos 5 anos em S. Tomé e Príncipe para reparação fenda do palato, que a mãe da A. refere que por A. chuchar no dedo “rebentou tudo” (sic). Teve também vários internamentos por infeções respiratórias e diarreia em S. Tomé e Príncipe. Apresenta diversas cáries dentárias.

**Plano nacional de Vacinação:** cumprido o de São Tomé e o de Portugal concluído há cerca de 1 mês.

**História de dor:** Escala de avaliação de dor: faces Wong Baker; dor sentida nas vacinas = 4; dor sentida na colheita de sangue = 2; Dor na garganta = 10.

**Nutrição:** Alimentação diversificada, 5 refeições diárias, gosta de comer de tudo, não é esquisita.

**Higiene:** diária à noite (aspeto cuidado).

**Sono e repouso:** dorme com a mãe desde que está em Portugal por estarem a partilhar o mesmo quarto em casa de familiares, sono tranquilo durante toda a noite, chucha nos dedos polegares.

**Eliminação:** vesical e intestinal sem alterações.

**Linguagem:** Dificuldade na articulação das palavras com voz anasalada e por vezes pouco perceptível. Apesar deste problema, durante a consulta apenas uma vez houve necessidade de recorrer à mãe para perceber o que a A. queria transmitir.

**Comportamento e Adaptação social:** ativa, curiosa e atenta. Anda no 2º ano com bom aproveitamento. A mãe da A. refere que os meninos na escola por vezes

gozam com a A. pela sua dificuldade na linguagem. Gosta de ler livros e de brincar com bonecas. Gosta de estar em Portugal.

**Antecedentes maternos:**

- Idade materna: 29 anos
- Índice Obstétrico: 0001
- Nº filhos vivos: 1
- Nacionalidade: S. Tomé e Príncipe
- Antecedentes de saúde: saudável
- Mãe revela alguma dificuldade em perceber a língua portuguesa, pois pediu para explicar o conteúdo de carta que tinha recebido, referente à inscrição de lista de espera para cirurgia de Otorrinolaringologia para colocação de tubos de ventilação transtimpânicos à A.
- Revelou ter saudades de São Tomé e procurou saber quanto tempo ainda precisava de ficar em Portugal para o tratamento da filha.

**Antecedentes paternos:**

- Idade paterna: 56 anos
- Nº filhos vivos: 3
- Antecedentes de saúde: saudável
- Nacionalidade: S. Tomé e Príncipe
- Tem contactado telefonicamente com a A.

**Suporte familiar:** Primos maternos que residem em Portugal com quem a A. e sua mãe vivem atualmente.

## CATEGORIZAÇÃO DOS DADOS

Categorização dos dados colhidos em variáveis segundo o modelo de sistemas de Betty Neuman:

Variáveis	Criança	Família
Fisiológicas	<ul style="list-style-type: none"><li>• 7 anos (Idade aparente coincidente com idade cronológica)</li><li>• Sexo Feminino</li><li>• 30kg</li><li>• Fenda do palato</li><li>• Sono tranquilo durante toda a noite</li><li>• Eliminação vesical e intestinal regular</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mãe 29 anos</li><li>• Pai 56 anos</li><li>• Saudáveis</li></ul>
Psicológicas	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bom relacionamento afetivo com a mãe</li><li>• Ativa, curiosa e atenta</li><li>• Impacto da dificuldade de comunicação por alterações da linguagem</li><li>• Impacto de experiências de internamento anteriores</li><li>• Experiências dolorosas anteriores</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Impacto de nascimento da filha com anomalia congénita</li><li>• Impacto das hospitalizações anteriores</li><li>• Saudades de São Tomé e Príncipe</li></ul>
Socioculturais	<ul style="list-style-type: none"><li>• Natural de S. Tomé e Príncipe</li><li>• Em Portugal há 5 meses</li><li>• Vive com a mãe em casa de primos maternos</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Classe baixa</li><li>• Suporte familiar</li></ul>
Desenvolvimentais	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bom desenvolvimento estado ponderal</li><li>• Frequenta o 2º ano com bom aproveitamento</li><li>• Dificuldade na articulação das palavras com voz anasalada e por vezes pouco perceptível.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Iliteracia materna</li></ul>
Espirituais	<ul style="list-style-type: none"><li>• Acredita que em Portugal vão resolver o seu problema</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fé que a filha vai ficar bem e falar como as outras crianças</li></ul>

Tabela 1 - Categorização dos dados colhidos em variáveis segundo o modelo de sistemas de Betty Neuman.

## **FATORES DE *STRESS***

Esta categorização permitiu-me a identificação de fatores de *stress* (***Stressores***), que segundo Neuman podem ser de carácter intrapessoal, interpessoal e extrapessoal:

### ***Stressores intrapessoais:***

- Cirurgia de reconstrução de fenda do palato
- Ansiedade da separação
- Perda de controlo e autonomia
- Dor
- Medo
- Lesão corporal
- Dificuldade de comunicação por alterações da linguagem
- Trauma por experiências anteriores relacionada com a punção venosa
- Conforto comprometido no pós-operatório por impossibilidade de colocar os dedos polegares na boca

### ***Stressores interpessoais:***

- Discriminação na escola pela sua dificuldade na linguagem
- Tristeza e zanga por algumas vezes os outros não entenderem o que diz
- Défice de conhecimento parental sobre a situação de doença/cirurgia

### ***Stressores extrapessoais:***

- Dificuldades socioeconómicas
- Iliteracia materna
- Em Portugal há 5 meses
- Longe da restante família nuclear

## **FATORES DE PROTEÇÃO/RECONSTITUIÇÃO**

Identifiquei igualmente alguns fatores de proteção/reconstituição, que compreendem variáveis biopsicossociais que podem remover ou aliviar o impacto dos *stressores* e favorecer o desenvolvimento individual e social.

### **Fatores de Proteção/reconstituição:**

Na **criança** foram identificados:

- Relacionamento afetivo positivo com a sua mãe
- Comportamento ativo, curioso e atento
- Acredita que pode resolver o seu problema e confia na equipa de saúde
- Bom desenvolvimento estado-ponderal e cognitivo

Na **família** foram identificados:

- Competência da mãe para tomar conta da filha
- Rede de suporte familiar
- Boa integração comunitária
- Mãe acredita que filha vai ficar bem e falar como as outras crianças e confia na equipa de saúde

## CONSULTA DE PREPARAÇÃO PARA A CIRURGIA

Na prestação de cuidados à criança é fundamental compreender em que fase do desenvolvimento esta se encontra, para obter um melhor entendimento das reações e respostas da mesma. Deste modo, importa identificar a etapa de desenvolvimento da A.. Segundo a teoria desenvolvimento psicossocial de Erik Erikson (1968), a A. encontra-se no estágio denominado por Erikson por estágio de indústria(produtividade)/inferioridade e decorre na idade escolar antes da adolescência (6 - 12 anos). Com a escolaridade amplia-se o campo da interação social, surgem novos desafios e fortalece-se a aprendizagem social. São exigidas á criança novas competências (aprender a ler, escrever). Será apreciada pelo grau de competência no desempenho de tarefas. O insucesso relativamente persistente no desenvolvimento de competências, ou a falta de apoio, de incentivo e de atenção da parte dos pais podem criar sentimentos de inferioridade e descrença quanto à capacidade para realizar tarefas de forma produtiva. O fracasso em determinadas áreas poder ser contrabalançado pelo reconhecimento de competência noutras. O sucesso eleva a autoestima, a autoconfiança, o prazer e o gosto nas atividades.

A criança em idade escolar é capaz de compreender o conceito de doença e do procedimento cirúrgico. A minha abordagem na consulta com a A. inicialmente passou por perceber o seu conceito. Em seguida transcrevo parte do diálogo que tive com a A:

- Sabes porque é que estás aqui hoje? - perguntei.
- Porque vou ser operada. – respondeu a A.
- E o que é isso de ser operada?
- É arranjar a boca para falar melhor.
- E como é que achas que vais estar quando fores operada? – perguntei.
- A dormir? – respondeu a A. hesitante.
- Tu lembras-te como adormeceste das outras vezes que foste operada?
- Não.
- Então e como é que achas que vais adormecer?
- Não sei.

- E queres saber? – perguntei eu. Em seguida expliquei como seria o procedimento com a máscara anestésica, tendo a mesma experimentado a sensação

de colocar a mesma na cara. Após esta etapa, questioneei a A, sobre que roupa costuma usar quando dorme, tendo esta respondido, o pijama e aí introduzi a informação do que seria necessário trazer para o hospital, não esquecendo as atividades de lazer onde fiquei a saber que gostava de livros, introduzido de seguida a história da “Anita no Hospital” para a preparação da A. para a cirurgia.

Este pequeno excerto da consulta da A., permite dar visibilidade ao modo como foi estruturada, partindo dos seus conceitos, gostos e necessidades e indo ao encontro do conceito de cuidar centrado na família que propõe uma resposta holística, às necessidades, expectativas preferências e desejos da criança e família.

Com base na apreciação da história de vida da A. e do seu comportamento e resposta na consulta, atendendo aos *stressores* e fatores de reconstituição encontrados, delineei o seguinte plano de cuidados de atuação ao nível da prevenção primária (reduz a eventualidade do cliente enfrentar *stressores*, ou intervém de modo a fortalecer a linha de defesa flexível (Neuman, 2011)) ao preparar a criança para os *stressores* identificados associados à cirurgia e secundária (após o contacto do *stressor* com o sistema, deteta precocemente a situação geradora de stress e intervém no tratamento dos sintomas, de modo a restabelecer o sistema (Neuman, 2011) ao intervir relacionado com a dificuldade de comunicação.

## PLANO DE CUIDADOS

FENÓMENO	DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES	RESULTADOS
Dor	Potencial para melhorar o conhecimento da mãe sobre estratégias de alívio da dor	<p>Avaliar conhecimento da mãe sobre estratégias de alívio da dor</p> <p>Ensinar a mãe sobre medidas não farmacológicas para aliviar a dor (ex.: uso de técnicas de distração)</p>	Conhecimento da mãe e(ou) do pai sobre estratégias de alívio da dor
	Potencial para melhorar o conhecimento sobre estratégias de alívio da dor	<p>Avaliar conhecimento sobre estratégias de alívio da dor</p> <p>Assistir a identificar estratégias de alívio da dor</p> <p>Ensinar sobre medicamentos</p> <p>Ensinar sobre estratégias não farmacológicas (ex.: uso de técnicas de distração)</p> <p>Ensinar sobre dor (possível sensação sentida no pós-operatório e treino da escala de faces Wong Baker)</p>	<p>Conhecimento sobre estratégias de alívio da dor</p> <p>Capacidade para avaliar a dor</p>
Infeção	Potencial para melhorar o conhecimento da mãe sobre prevenção de infeção	<p>Avaliar conhecimento da mãe sobre prevenção de infeção</p> <p>Ensinar a mãe sobre prevenção da contaminação (necessidade de higiene cuidada antes da cirurgia e remoção de adornos, verniz, brincos...)</p>	Conhecimento da mãe e sobre prevenção de infeção
	Potencial para melhorar o conhecimento sobre prevenção de infeção	<p>Avaliar conhecimento sobre prevenção de infeção</p> <p>Ensinar sobre prevenção da contaminação (necessidade de higiene cuidada antes da cirurgia e remoção de adornos, verniz, brincos...)</p>	Conhecimento sobre prevenção de infeção

FENÓMENO	DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES	RESULTADOS
Medo	Medo presente	<p>Avaliar medo</p> <p>Incentivar a comunicação de emoções</p> <p>Encorajar expressão de crenças</p> <p>Assistir a identificar fatores desencadeantes do medo</p> <p>Incentivar atividades de lazer</p> <p>Facilitar suporte familiar (Informar a A. sobre a permanência da mãe durante o período peri operatório)</p> <p>Informar sobre tratamentos (ex.: explicada o procedimento de punção venosa para colocação do soroterapia – finalidade e tempo de permanência, dando especial ênfase que seria colocado no momento em que a A. estaria a dormir)</p>	Sem medo
Comunicação	Comunicação comprometida	<p>Otimizar comunicação (ex.: pedir para a A. falar mais devagar para poder ser mais perceptível; evidenciar a importância da cirurgia e os cuidados no pós-operatório para que esta seja eficaz e possa resolver o seu problema de fala)</p> <p>Incentivar o apoio / suporte da família (a mãe da A. percebe tudo o que a A. diz, pelo que é importante estar sempre presente para ser o elemento de tradução sempre que a A. não se fizer entender)</p>	Sem comunicação comprometida
Aspiração	Risco de aspiração	<p>Ensinar sobre jejum pré-operatório</p> <p>Ensinar a mãe sobre jejum pré-operatório</p>	Sem aspiração
<i>Coping</i>	Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de <i>coping</i>	<p>Avaliar conhecimento sobre estratégias de <i>coping</i></p> <p>Ensinar sobre <i>coping</i> (ex. importância de trazer objeto significativo/brinquedo preferido; como adquirir conforto sem chuchar nos polegares)</p> <p>Instruir sobre estratégias</p>	Conhecimento sobre estratégias de <i>coping</i>

FENÓMENO	DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES	RESULTADOS
Papel parental	Risco de compromisso do papel parental desenvolvimental durante a hospitalização	<p>Avaliar condição do papel parental</p> <p>Avaliar papel parental: parceria de cuidados durante a hospitalização</p> <p>Incentivar o desempenho do papel parental (ex. como atuar no momento em que a A. estiver no recobro de acordo com a sua reação, se estiver agitada ou sonolenta, ou quando a A. manifestar desconforto por dor, fome...)</p> <p>Promover papel parental (incentivar a presença parental e a sua importância no processo de internamento)</p>	Sem papel parental comprometido
Conhecimento	Potencial para melhorar o conhecimento sobre o pré-operatório	<p>Avaliar conhecimento sobre pré-operatório</p> <p>Ensinar sobre o pré-operatório (através de história da Anita, manipulação de material hospitalar e visualização de fotos informar sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- circuito peri operatório;</li> <li>- necessidade de trazer objetos pessoais e de higiene;</li> <li>- medicação pré-anestésica (vantagens, finalidade e efeito)</li> <li>- forma de indução anestésica;</li> <li>- resposta da A. à anestesia;</li> </ul> <p>Providenciar material de leitura sobre pré-operatório</p>	Conhecimento sobre o pré-operatório
	Potencial para melhorar o conhecimento sobre pós-operatório	<p>Avaliar conhecimento sobre pós-operatório</p> <p>Ensinar sobre o pós-operatório (através de história da Anita, manipulação de material hospitalar e visualização de fotos informar sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- circuito peri operatório;</li> <li>- regime dietético líquido e frio;</li> <li>- medidas de segurança (colocação de talas de imobilização no pós-operatório imediato, para que a A. não coloque os dedos polegares na boca)</li> </ul> <p>Providenciar material de leitura sobre pré-operatório</p>	Conhecimento sobre o pós-operatório

FENÓMENO	DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES	RESULTADOS
Conhecimento	Potencial para melhorar o conhecimento da mãe sobre o pré-operatório	Avaliar conhecimento da mãe sobre pré-operatório Ensinar a mãe sobre o pré-operatório (através visualização de fotos informar sobre: - circuito peri operatório; - necessidade de trazer objetos pessoais e de higiene; - medicação pré-anestésica (vantagens, finalidade e efeito) - forma de indução anestésica; - resposta da A. à anestesia; Providenciar material de leitura sobre pré-operatório	Conhecimento da mãe sobre o pré-operatório
	Potencial para melhorar o conhecimento da mãe sobre o pós-operatório	Avaliar conhecimento da mãe sobre pós-operatório Ensinar a mãe sobre o pós-operatório (através de visualização de fotos informar sobre: - circuito peri operatório; - regime dietético líquido e frio; - medidas de segurança (colocação de talas de imobilização no pós-operatório imediato, para que a A. não coloque os dedos polegares na boca) Providenciar material de leitura sobre pré-operatório	Conhecimento da mãe sobre o pós-operatório

Tabela 2 – Plano de Cuidados

## **CONCLUSÃO**

Este estudo de caso clínico permitiu compreender a importância que o EEESCJ tem no sucesso do sistema familiar, adotando uma abordagem holística e centrada na família. O recurso a referenciais teóricos como o modelo de sistemas de Betty Neuman permite a organização do pensamento, consolidação e estruturação da prestação de cuidados baseada na evidência.

Como limitações a este estudo de caso, destaco o tempo reduzido de contacto com esta família (uma única consulta de cerca de 30 minutos), pelo que alguns aspetos poderiam ser mais aprofundados, nomeadamente a dinâmica familiar e a forma como a A. interage com os amigos na escola.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2011) – *Classificação internacional para a prática de enfermagem* (CIPE/ICNP): versão 2. Ed. Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros.

Erikson, E. (1968). *Identify: Youth in Crisis*. New York: Norton.

Neuman, B., Fawcett, J. (2011). *The Neuman systems model*. (5ªed.). EUA: Pearson Education.

Ordem dos Enfermeiros. (2007) - *Sistema de informação de enfermagem (SIE) Resumo mínimo de dados e core de indicadores de enfermagem para o repositório central de dados da saúde*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

**Apêndice VIII – Kit de preparação para cirurgia**

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

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**KIT DE PREPARAÇÃO PARA CIRURGIA**  
**Urgência Pediátrica**



**Marta Cristina Godinho Bentes**

**LISBOA**

**Novembro, 2017**

*LISTA DE SIGLAS*

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

OE - Ordem dos Enfermeiros

## INTRODUÇÃO

A hospitalização e a cirurgia conduzem a ansiedade e medo para a criança e família, revelando-se a preparação para a cirurgia como intervenção fundamental na minimização destes fatores de stress. Estas emoções, são potenciadas pela rutura com o seu ambiente familiar, pela quebra das rotinas familiares, pela necessidade de procedimentos invasivos que provocam desconforto e dor, pela sensação de perda de controlo sobre os acontecimentos experienciados, pelo contacto com desconhecidos e pela presença de equipamento assustador (Diogo, Vilelas, Rodrigues e Almeida, 2016).

A preparação para cirurgia surge como uma intervenção autónoma de enfermagem que consiste na implementação de técnicas estruturadas, com a intenção de diminuir o medo e ansiedade da criança e família (OE, 2011). Os resultados refletem-se na resposta positiva da criança após o procedimento, na colaboração dos pais nos cuidados, maior segurança quando da alta hospitalar, menor uso de medicamentos (antibióticos e analgésicos) e menos dias de hospitalização (Fincher, Shaw e Ramelet, 2012).

Em situações de urgência ou de emergência o período pré-operatório é reduzido a poucas horas, ou mesmo poucos minutos, a preparação para a cirurgia estruturada e orientada, permitirá à criança e família uma adaptação ao seu novo e inesperado papel.

Na sua revisão da literatura, AL-Sagarat, Al-Oran, Obeidat, Hamlan e Moxham (2017) identificaram a informação, o brincar terapêutico e a intervenção de palhaços, como as principais intervenções na preparação da criança e família para cirurgia.

O brincar terapêutico promove o desenvolvimento de estratégias para lidar com o stress, reduz a ansiedade da separação, as saudades de casa e minimiza o impacto da hospitalização e procedimento, colocando a criança numa posição ativa, facilitando o autocontrolo, ao dar-lhe oportunidade de tomar decisões (Li e Lopez, 2008; Tavares, 2011; Sanders, 2014).

A preparação da criança para cirurgia, pode incluir a visita ao local de operação, encorajar a criança a explorar equipamento clínico e demonstração de procedimentos em bonecos (Li e Lopez, 2008; AL-Sagarat et al., 2017). A manipulação de material

hospitalar em tamanho real, permitindo uma desmistificação desses objetos, utilizando a metodologia do brincar ou modelagem, irá possibilitar a diminuição do medo associado ao desconhecido.

Assim, no decorrer do estágio no serviço de urgência, tornou-se pertinente a criação de um kit de preparação para cirurgia que reunisse material clínico e lúdico, para facilitar a intervenção do enfermeiro junto da criança e família.

Após validação por parte da chefia de enfermagem sobre esta atividade, esta referiu a existência de um trabalho elaborado, por enfermeiros do serviço, relativo à preparação da criança para cirurgia (abordadas as cirurgias de urgência mais frequentes, apendicite e traumatismo ortopédico), onde teriam sido elaboradas duas histórias com fotografias para apoiar a intervenção de enfermagem. No entanto, nunca tinham sido impressas e colocadas em prática, pelo que me propôs a sua revisão e posterior impressão.

A evidência científica aponta para a efetividade do livro de imagens na redução da ansiedade pré-operatória da criança (Job, Pai, e D'Souza, 2011; Noronha e Shanthi, 2015). Nilsson, Svensson e Frisman (2016), desenvolveram e avaliaram o uso de um livro de imagens específico com o objetivo de preparar crianças para anestesia e cirurgia e concluíram que o livro de imagens foi útil para preparar as crianças pequenas para anestesia e cirurgia, explicando os procedimentos que ocorreriam. Os pais expressaram que o conhecimento dos procedimentos aumentava a sua segurança e a da criança.

Deste modo, aceitei a proposta para a revisão das histórias, que iriam fazer parte do kit de preparação para cirurgia.

## **METODOLOGIA**

Inicialmente realizei pesquisa bibliográfica sobre a temática, que fundamentou a minha intervenção. O guia orientador de boas práticas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (OE, 2011) no seu anexo 3 onde está descrito o material e equipamento necessário para a preparação para a cirurgia, a observação da composição dos kits de material utilizado na preparação da criança da consulta externa onde estagiei anteriormente e da minha própria experiência prática de dezoito anos de preparação de crianças e famílias para cirurgia programada permitiu-me a construção do kit a ser utilizado na preparação da criança para cirurgia urgente.

Após a estruturação do conteúdo a incluir, reuni o material e apresentei à EEESCJ orientadora e enfermeira chefe para sua aprovação. Identifiquei o local para o seu armazenamento.

## KIT DE PREPARAÇÃO PARA CIRURGIA URGENTE

O kit é composto por material lúdico, composto por estetoscópio, seringa, tesoura e termómetro de brincar e material clínico real que pode ser observado na foto abaixo. Adicionei também um boneco para ser utilizado como modelo e as duas histórias revistas (apêndice I).



Fotos ilustrativas da composição do Kit

## **CONCLUSÃO**

O Kit ficou finalizado na última semana do estágio, mas está incompleto, pois as histórias da Ondinha (apêndice I) ainda não foram impressas precisando da aprovação da chefia de enfermagem. Posteriormente irei imprimir 2 exemplares das histórias, uma para colocação no kit e outra para ficar como exemplar suplente. O documento em formato digital atualizado será disponibilizado para permitir uma continuidade de impressão no caso de extravio ou danificação dos mesmos.

Após a finalização do kit irei apresentá-lo à equipa de enfermagem.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AL-Sagarat, A. Y., Al-Oran, H.M., Obeidat, H., Hamlan, A.M., Moxham, L. (2017). Preparing the family and children for surgery. *Critical Care Nursing Quarterly*, 40(2), 99–107.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., Almeida, T. (2016). Os medos das crianças em contexto de Urgência Pediátrica: enfermeiro enquanto gestor emocional. *Pensar Enfermagem*, 20(2), 26–47.
- Fincher, W., Shaw, J., Ramelet, A. S. (2012). The effectiveness of a standardised preoperative preparation in reducing child and parent anxiety: A single-blind randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 21(7–8), 946–955.
- Job, B. M., Pai, M. S., D'Souza, A. (2011). Effectiveness of picture book on children's worries about surgery. *International Journal of Nursing Education*, 3(2), 8–11.
- Li Hcw, Lopez V. (2008). Effectiveness and appropriateness of therapeutic play intervention in preparing children for surgery: a randomized controlled trial study. *J Spec Pediatr Nurs.*, 13 (2), 63-73.
- Nilsson, E., Svensson, G., Frisman, G. (2016). Picture book support for preparing children ahead of and during day surgery. *Nursing Children & Young People*, 28(8), 30–35.
- Noronha, J. R., Shanthi, S. (2015). Effectiveness of Picture Book on Preoperative Anxiety among Children (6-12 Years) in Selected Hospitals at Mangalore. *Asian Journal of Nursing Education and Research*, 5(4), 523–525.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática Em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. In: Cadernos Ordem dos Enfermeiros, Série I, (3), Volume 2. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença e hospitalização. In M. Hockenberry, D. Wilson (Eds). *WONG, Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed.) Vol. II, cap.26. pp.1025-1060. Loures: Lusociência.
- Tavares, P. (2011). *Acolher Brincando. A Brincadeira Terapêutica no Acolhimento de Enfermagem à Criança Hospitalizada*. Loures: Lusociência.

Apêndice I – Histórias da Ondinha

# HISTÓRIAS DA ONDINHA



## A BEATRIZ CAIU DE BICICLETA

Olá!  
Eu sou a **Ondinha** e venho  
contar-te a história da Beatriz  
que caiu da bicicleta. Espero  
que gostes e que te sintas  
melhor depois de a leres!



A Beatriz é uma menina muito reguila que adora andar de bicicleta.



Certo dia, a Beatriz acordou cheia de vontade de ir dar um passeio na sua bicicleta, mas esqueceu-se de levar o capacete, as cotoveleiras e as joelheiras.





A pedalar a toda a velocidade, a Beatriz derrapou e caiu da bicicleta.

Começou a chorar muito porque lhe doía a perna.

A mãe da Beatriz, decidiu levá-la ao Hospital.

Pelo caminho, explicou-lhe que as pessoas que trabalham no hospital são amigas e que nos ajudam a ficar curados.

Apesar de estar com muito medo, a Beatriz sabia que iria estar sempre com a mãe.



O Dr. David explicou-lhe que era necessário fazer uma radiografia à perna.

- Radiografia?! O que é isso? – perguntou a menina.

- É uma "fotografia" para ver os ossos. Não dói nada! – disse o médico.



O osso estava partido...

...e a Beatriz tinha que ficar internada para ser operada.



A Beatriz, vestiu uma bata verde, pois no Bloco Operatório os meninos não podem usar a roupa da rua. Têm que usar roupas especiais e por vezes toucas.

Depois a enfermeira explicou que teria de colocar um soro na mão da Beatriz.



- Um soro? Como aquele que ponho no nariz quando estou constipada? – perguntou a menina.

- Não, este soro é diferente, é um frasco com um fio comprido e uma água especial que fica na tua mão, para não ficares com fome, pois não podes comer nem beber nada! O soro também serve para dar o medicamento que te vai fazer dormir durante a operação.

Já estava preparada para ir para o bloco operatório.



No bloco operatório já estavam à espera da Beatriz.



Estavam todos vestidos de verde e azul e com uns barretes bem divertidos.

A Beatriz deu uma grande beijoca à mãe e entrou.

A médica anestesista ia dar-lhe um remédio para dormir mas não teve medo.

Já sabia que ia ser tratada a dormir e, quando acordasse, a mãe já ia estar com ela.

Além disso o seu ursinho ia estar sempre ao pé dela.



O bloco operatório era muito engraçado, tinha umas luzes que pareciam uma nave espacial.



Quando acordou, viu a mãe com uma touca e um fato verde... que engraçada que estava!

- Mãe, já estou boa? Não doeu nada!!! – disse a menina.

- Tenho muito sono! – acrescentou.

- É normal!...Podes dormir mais um bocadinho! - disse o enfermeiro Paulo.



A enfermeira Rita veio buscá-la para ir para a enfermaria e nesse momento a Beatriz, reparou na sua perna doente...

... estava toda engegada com uma bota branca e dura.



- Para que é isto?! – perguntou.

- Para o teu osso ficar bom! – respondeu a enfermeira.

Quando chegaram à enfermaria já era noite. A Beatriz e a sua mãe ficaram num quarto e ai adormeceram.





# HISTÓRIAS DA ONDINHA



## A BEATRIZ FICOU DOENTE

Olá!  
Eu sou a **Ondinha** e venho  
contar-te a história da Beatriz  
que ficou doente. Espero que  
gostes e que te sintas melhor  
depois de a leres!



A Beatriz gosta muito de ir à escola.

Um dia estava ela na aula de expressão plástica, quando lhe começou a doer a barriga. Saiu a correr para a casa de banho e vomitou.



A professora Mafalda decidiu telefonar à mãe da Beatriz, para que a viesse buscar mais cedo, pois estava doente.



Quando a mãe da Beatriz chegou, não teve dúvidas, a sua menina estava mesmo doente. Tinham que ir ao médico!



O Centro de Saúde ainda estava aberto e marcaram uma consulta de urgência.

A mãe da Beatriz lá explicou que a menina estava com dor de barriga e vômitos. A dor era cada vez mais forte.

Depois de avaliar a menina, a médica decidiu escrever uma carta para irem ao hospital.



Pelo caminho, a mãe da Beatriz, explicou-lhe que as pessoas que trabalham no hospital são amigas e que nos ajudam a ficar curados.

Apesar de estar com muito medo, a Beatriz sabia que iria estar sempre com a mãe.

Depois de a Dra. Maria observar a barriga da Beatriz concluiu:

- Bem! A Beatriz tem que ficar internada, suspeito que ela tenha uma apendicite. Vai ter que ser operada.



Internada?! Operada?! Assustada a Beatriz começou a chorar e não conseguia parar.



O que valeu foi o abraço apertado que a mãe lhe deu e a certeza que iriam estar sempre juntas.



Quando a enfermeira Teresa estava a ver se a Beatriz tinha febre, esta perguntou:  
- O que é uma apendicite?



A enfermeira explicou que dentro da nossa barriga estão os intestinos, pendurado neles está um pedacinho chamado apêndice. Quando, às vezes, este apêndice fica doente, a nossa barriga dói. Ficamos com febre e vômitos e precisamos que o médico trate dele para nos voltarmos a sentir bem. É por isso que temos de ser operados.



A Beatriz, vestiu uma bata verde, pois no Bloco Operatório os meninos não podem usar a roupa da rua. Têm que usar roupas especiais e por vezes toucas.

Depois a enfermeira explicou que teria de colocar um soro na mão da Beatriz.



- Um soro? Como aquele que ponho no nariz quando estou constipada? – perguntou a menina.

- Não, este soro é diferente, é um frasco com um fio comprido e uma água especial que fica na tua mão, para não ficares com fome, pois não podes comer nem beber nada! O soro também serve para dar o medicamento que te vai fazer dormir durante a operação.

Já estava preparada para ir para o bloco operatório.



No bloco operatório já estavam à espera da Beatriz.



Estavam todos vestidos de verde e azul e com uns barretes bem divertidos.

A Beatriz deu uma grande beijoca à mãe e entrou.

A médica anestesista ia dar-lhe um remédio para dormir mas não teve medo.

Já sabia que ia ser tratada a dormir e, quando acordasse, a mãe já ia estar com ela.

Além disso o seu ursinho ia estar sempre ao pé dela.



O bloco operatório era muito engraçado, tinha umas luzes que pareciam uma nave espacial.



Quando acordou, viu a mãe com uma touca e um fato verde... que engraçada que estava!

- Mãe, já estou boa? Não doeu nada!!! – disse a menina.

- Tenho muito sono! – acrescentou.

- É normal!...Podes dormir mais um bocadinho! - disse o enfermeiro Paulo.



A enfermeira Catarina foi buscá-la para ir para a enfermaria.

A Beatriz e a sua mãe ficaram num quarto que até tinha televisão.

A enfermeira mediu-lhe a temperatura e avaliou-lhe a tensão arterial. Depois levantou a bata para espreitar o penso da barriga.

- Penso? Qual penso? Ah! Nem reparei que trazia um penso aí! – disse a Beatriz.





Durante o internamento a Beatriz conheceu a sala de brincar e outros meninos.

Ao fim de dois dias chegou a hora de ir para casa.

Não podia fazer esforços, tinha de ter cuidado com a alimentação e manter o penso da barriga seco.

Depois de ouvir as recomendações do médico foi para casa, cheia de vontade de ir contar esta aventura aos seus amigos.



Quando chegaram a casa, todos os seus amigos tinham preparado uma festa surpresa. Que receção calorosa e que aventuras tinha ela para contar.



FIM



#### Agradecimentos

A elaboração deste projeto envolveu uma estreita colaboração entre serviços e respetivos profissionais de saúde. Sem o seu empenho e disponibilidade seria de todo impossível a sua execução. Assim, agradecemos aos vários serviços envolvidos e em particular aos profissionais mencionados, não deixando de realçar a importância de todos os intervenientes.



Ag

rea

a



Revisto por: Marta Bentes, mestranda do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, ESEL. Sob a orientação da EnF EESCJ Helena Martins e Prof. Doutora Teresa Magão, Novembro 2017

**Apêndice IX - Preparação da criança e família para cirurgia urgente – Norma de  
Procedimento**

<i>Serviço de Urgência</i>  <i>Pediátrica</i>	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO</b> <b>URG-PED</b>
---	--

<b>APROVAÇÃO</b>

<b>ASSUNTO:</b>	Preparação da criança e família para cirurgia urgente
<b>FINALIDADE:</b>	Garantir a segurança do doente. Reduzir o medo e ansiedade, respostas negativas da hospitalização e o risco de complicações relacionadas com a cirurgia.
<b>DESTINATÁRIOS:</b>	Enfermeiros
<b>PALAVRAS-CHAVE:</b>	Preparação, criança, família, cirurgia, urgente

Autores	Marta Bentes	Data de elaboração	27.11.2017
Verificação CQSD		Data de Verificação	
Aprovação		Data de Aprovação	
Divulgação		Data de Divulgação	
Versão	2	Data de Revisão	27.11.2017

## SIGLAS

---

BO – Bloco Operatório

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

## INTRODUÇÃO

---

A hospitalização e a cirurgia conduzem a ansiedade e medo para a criança e família, revelando-se a preparação para a cirurgia como intervenção fundamental na minimização destes fatores de stress. Estas emoções, são potenciadas pela rutura com o seu ambiente familiar, pela quebra das rotinas familiares, pela necessidade de procedimentos invasivos que provocam desconforto e dor, pela sensação de perda de controlo sobre os acontecimentos experienciados, pelo contacto com desconhecidos e pela presença de equipamento assustador (Diogo, Vilelas, Rodrigues e Almeida, 2016).

A preparação para cirurgia surge como uma intervenção autónoma de enfermagem que consiste na implementação de técnicas estruturadas, com a intenção de diminuir o medo e ansiedade da criança e família (OE, 2011). Os resultados refletem-se na resposta positiva da criança após o procedimento, na colaboração dos pais nos cuidados, maior segurança quando da alta hospitalar, menor uso de medicamentos (antibióticos e analgésicos) e menos dias de hospitalização (Fincher, Shaw e Ramelet, 2012).

As crianças que passam por procedimentos cirúrgicos exigem uma preparação psicológica e física (Brown, 2014). Em situações de urgência ou de emergência o período pré-operatório é reduzido a poucas horas, ou mesmo poucos minutos, pelo que a preparação para a cirurgia estruturada e orientada, permite à criança e família uma adaptação ao seu novo e inesperado papel (Sanders, 2014). Nas situações em que devido às condições físicas da criança não é possível fazer a preparação para a cirurgia, o apoio psicológico após o evento é bastante importante, sendo relevante avaliar o que a criança pensa a respeito da admissão e dos procedimentos com ela relacionados (Sanders, 2014). No período que antecede a cirurgia, se for possível, a criança deve ser esclarecida de forma verdadeira, utilizando frases curtas e simples, (OE, 2011) através de meios visuais para explicar o que vai acontecer, evitando palavras com duplo significado e tendo em conta o número de palavras e extensão das frases adequadas ao nível de compreensão da criança (Richman, 2000; Brown, 2014). É importante enfatizar a sequência e os aspetos sensoriais (o que vai sentir, ver, cheirar, tocar e ouvir), sem esquecer de referir o que a criança pode fazer durante o procedimento (MacLaren e Kain, 2007; Brown, 2014).

A preparação para cirurgia deve ter em consideração a idade, o nível de desenvolvimento cognitivo da criança ou jovem, o estilo de confronto e personalidade, experiências hospitalares anteriores, tipo de cirurgia (OE, 2011).

Na sua revisão da literatura, AL-Sagarat, Al-Oran, Obeidat, Hamlan e Moxham (2017) identificaram a informação, o brincar terapêutico e a intervenção de palhaços, como as principais intervenções na preparação da criança e família para cirurgia.

Uma preparação para cirurgia dirigida às necessidades identificadas em cada criança e família pode transformar a situação de crise relacionada com a cirurgia, numa situação de crescimento e de aprendizagem (OE, 2011).

O cuidado centrado na família propõe uma resposta holística, às necessidades, expectativas preferências e desejos da criança e família, dotando a criança e família de conhecimento e capacidade para viver a experiência da cirurgia, de forma a promover sentimentos de segurança e bem-estar.

## MATERIAL

---

- Material necessário para os cuidados de higiene e conforto
- Material necessário para colocação de acesso venoso periférico
- Documento de registo de transferência para o bloco operatório
- Kit de preparação para a cirurgia:
  - Histórias da Ondinha (Apêndice I e II)
  - Máscara cirúrgica descartável;
  - Touca de bloco operatório;
  - Luvas descartáveis;
  - Ligaduras;
  - Compressas;
  - Cateter endovenoso sem mandril;
  - Sistema de administração de soro;
  - Torneira de 3 vias;
  - Frasco de soro;
  - Seringas;
  - Eléttodos;
  - Pensos cirúrgicos;
  - Régua para avaliação de dor.

## DESCRIÇÃO

---

A preparação da criança e família para cirurgia é efetuada pelo enfermeiro responsável pelo cliente e deve incidir no período pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório, sendo constituída pelas seguintes etapas:

- Acolher a criança e família;
- Incentivar a presença parental durante todo o processo de hospitalização (exceto durante o procedimento cirúrgico);
- Entrevista de avaliação inicial pertinente para a prestação de cuidados nomeadamente:

- Hábitos de vida;
  - Estádio de desenvolvimento da criança;
  - Estilo de confronto;
  - Experiência prévia de hospitalização;
  - Sintomas físicos;
  - Medos;
  - História da dor;
  - Composição familiar;
  - Pessoa ou pessoas significativas.
- Validar conhecimentos e compreensão da criança e família da patologia e necessidade de tratamento cirúrgico;

### **PREPARAÇÃO FÍSICA**

- Colocar pulseira de alergia medicamentosa, se confirmada;
- Colocar analgésico tópico para punção venosa, se aplicável e a situação de urgência o permitir;
- Informar a criança e/ou pais da necessidade de cumprir a pausa alimentar;
- Promover o banho da criança com solução antisséptica de acordo com a NPG 1196 (Medidas de prevenção e controlo das infeções da ferida operatória), se o estado clínico da criança o permitir;
- Providenciar bata hospitalar (ponderando a possibilidade de manter roupa interior);
- Assegurar a retirada de ornamentos e verniz das unhas;
- Colocar acesso venoso periférico e soroterapia prescrita;
- Colher amostras biológicas para análises pré-operatórias, se prescrito;
- Administrar antibioterapia ou outra medicação se necessário, de acordo com prescrição médica;
- Assegurar medidas de controlo e alívio da dor;
- Elaborar o documento de registo de transferência para o bloco operatório (NP Orientações para a elaboração de carta de transferência para clientes pediátricos submetidos a procedimentos cirúrgicos em BO).

### **PREPARAÇÃO PSICOLÓGICA**

- Incentivar a criança a exprimir as suas emoções e medos (Apêndice III) relacionadas com o internamento e cirurgia;
- Utilizar estratégias de minimização do medo e ansiedade, tendo em atenção as características da criança, potenciando a sua autonomia na escolha da intervenção (Apêndice IV) de preparação para a cirurgia.
- Proporcionar e incentivar a leitura das **Histórias da Ondinha** (Apêndice I e II) se aplicável, vontade da criança e condição clínica o permitir;
- Possibilitar o manuseamento de material de consumo clínico existente no kit de preparação para cirurgia se aplicável e condição da criança o permitir;

- Incentivar a presença contínua de objeto significativo;
- Informar os pais e criança – faixa etária > 5 anos sobre:
  - o circuito peri operatório (BO-zona de transfer -> sala de operações -> UCPA -> retorno para Urgência Pediátrica ou Internamento de Pediatria);
  - função de cada elemento da equipa multidisciplinar (enfermeiro, cirurgião, anestesista);
  - farda utilizada no BO (máscara, touca, luvas);
  - equipamento que poderá visualizar no BO e internamento;
  - o que é a anestesia e forma de administração;
  - como é realizado o transporte da criança para o BO e posteriormente para Urgência pediátrica ou Internamento de Pediatria e quem poderá acompanhar;
  - onde os pais poderão aguardar durante o procedimento cirúrgico, como proceder para no período de pós-operatório imediato entrarem na UCPA;
  - administração de medicamentos analgésicos, antes e após a cirurgia, garantindo medidas de controlo e alívio da dor;
  - local do corpo envolvido na cirurgia;
  - tempo da cirurgia;
  - aparência da criança no pós-operatório: equipamento/ material que poderá ter; cateteres, pensos, gessos, elétrodos, sensores de oximetria, máscara de oxigeno terapia, sondas...
  - reações prováveis da criança no pós-operatório imediato;
- Instruir e treinar escala de avaliação da dor com a criança;
- Instruir e treinar a criança sobre estratégias de adaptação à hospitalização para minimização do medo;
- Ensinar e instruir os pais sobre estratégias para lidar com ansiedade, reação e comportamento da criança no pós-operatório.
- Garantir aos pais e criança a disponibilidade da equipa de enfermagem para esclarecer dúvidas enquanto aguardam o tratamento cirúrgico.
- Contactar o serviço de internamento cirúrgico para informar a presença da criança e família no serviço de urgência, no sentido de possibilitar a visita do enfermeiro do internamento no período pré-operatório.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- AL-Sagarat, A. Y., Al-Oran, H.M., Obeidat, H., Hamlan, A.M., Moxham, L. (2017). Preparing the family and children for surgery. *Critical Care Nursing Quarterly*, 40(2), 99–107.
- Broering, C. V., Crepaldi, M. A. (2008). Preparação psicológica para a cirurgia em pediatria: importância, técnicas e limitações. *Paidéia*, 18(39), 61–72.

- Brown, T. (2014). Especificidades nas intervenções de enfermagem em pediatria. In M. Hockenberry, D. Wilson (Eds). *WONG, Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed.) vol. II, cap.27. pp.1061-1118. Loures: Lusociência.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., Almeida, T. (2016). Os medos das crianças em contexto de urgência pediátrica: enfermeiro enquanto gestor emocional. *Pensar Enfermagem*, 20(2), 26–47.
- Fincher, W., Shaw, J., Ramelet, A. S. (2012). The effectiveness of a standardised preoperative preparation in reducing child and parent anxiety: a single-blind randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 21(7–8), 946–955.
- Li Hcw, Lopez V. (2008). Effectiveness and appropriateness of therapeutic play intervention in preparing children for surgery: a randomized controlled trial study. *J Spec Pediatr Nurs.*, 13 (2), 63-73.
- MacLaren J., Kain, Z.N. (2007). Pediatric preoperative preparation: a call for evidence-based practice. *Pediatr Anesth.*, 17 (11), 1019-1020.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. In: Cadernos Ordem dos Enfermeiros, Série I, (3), Volume 2. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa nacional de saúde infantil e juvenil*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Richman, N. (2000). *Communicating with children: helping children in distress*. London: Save the Children UK.
- Rotegård, A. K. (2007). Children in an isolation unit-parents' informational needs. *Nursing Science*, 27 (4), 32–37.
- Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença e hospitalização. In M. Hockenberry, D. Wilson (Eds). *WONG, Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed.) vol. II, cap.26. pp.1025-1060. Loures: Lusociência.
- Sartori, J., Espinoza, P., Díaz, M. S., Ferdinand, C., Lacassie, H. J., González, A. (2015). Qué información preoperatoria desean los padres de niños que serán operados? *Revista Chilena de Pediatría*, 86(6), 399–403.
- Shields, L., Kristensson-Hallström, I., O'Callaghan, M. (2003). An examination of the needs of parents of hospitalized children: comparing parents' and staff's perceptions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17 (2), 176–184.

**Apêndice I – História da Ondinha – A Beatriz caiu da bicicleta**

**Apêndice II - História da Ondinha – A Beatriz ficou doente**

**Apêndice III – Estratégias de enfermagem perante os medos comuns da criança de acordo com o seu estágio de desenvolvimento.**

<b>Idade</b>	<b>Medo/Comportamento da criança</b>	<b>Objeto de segurança/distração</b>	<b>Estratégias de enfermagem</b>
<b>Lactente</b>	Medo da separação; Medo de estímulos ruidosos, intensos e desconhecidos; Não percebe o que está a acontecer, mas sente a ansiedade dos pais.	Brinquedo, cobertor ou fralda favorita, chucha, biberão, presença parental	Manter os pais próximos durante os procedimentos, limitar a presença de estranhos, falar num tom tranquilo, esclarecer dúvidas com o objetivo de controlar a ansiedade dos pais.
<b>Toddler</b>	Medo da separação; Entende mais do que é capaz de verbalizar.	Brinquedo favorito, presença parental, cobertor ou fralda favorita, chucha	Incentivar a presença dos pais e mantê-los na linha de visão da criança; Dar explicações simples e concretas, dizer que pode chorar, que pode segurar a mão da mãe ou da enfermeira, manter-se deitado e quieto. Dizer uma frase de cada vez. Esclarecer dúvidas com o objetivo de controlar a ansiedade dos pais.
<b>Pré-escolar</b>	Medo da separação, mas aceita-a mais facilmente; Medo da dor; Preocupação com a integridade do corpo e mutilação cirúrgica; Quase capaz de compreender explicações dadas.	Brinquedo significativo	Explicações simples e usar palavras neutras para descrever o procedimento: - EMLA: “pomada mágica” -Sala de operações: “nave espacial” - Anestesia – “sono especial” Proporcionar a brincadeira lúdica: contar histórias ou modelagem. Permitir a manipulação do material a ser usado: “sistema de soro, elétrodos...”
<b>Escolar</b>	Medo do desconhecido; Medos de acordar durante a cirurgia ou não acordar, da mutilação do corpo e de desempenho inadequado. Interessado em adquirir conhecimento; Correta noção do tempo; Tolera a separação dos pais; Capaz de compreender explicações;	Objetos pessoais, objetos de distração (computador, livros, jogos eletrónicos)	Proporcionar a brincadeira lúdica: contar histórias ou modelagem. Permitir a manipulação do material a ser usado: “sistema de soro, elétrodos...” Dar oportunidade para efetuar questões e clarificar as dúvidas. Explicar a razão dos procedimentos e do equipamento a utilizar. Treinar técnicas de relaxamento (respiração lenta e profunda). Ensinar estratégias de confronto como a autoinstrução ajudando a criança a encontrar factos e pensamentos positivos sobre o acontecimento gerador de medo, (p.ex. não demora muito, vai correr bem, sou capaz...);
<b>Adolescente</b>	Medo de perder o controlo, da morte, de acordar durante a cirurgia ou não acordar; Medo da imagem corporal alterada; Medo de falhar; Ainda precisam da presença dos pais mesmo querendo mostrar--se fortes; Preocupação com as amigas; Necessitam de informação.	Objetos pessoais que ajudem a lidar com o tempo (telemóvel, computador), roupa que pode usar.	Incentivar e apoiar na tomada de decisão (quem o acompanha, o momento para realização dos procedimentos). Explicar a necessidade e consequência do procedimento. Incentivar a colocação de dúvidas, nomeadamente em relação à zona do corpo envolvida na cirurgia e o benefício físico. Manter a privacidade. Treinar técnicas de relaxamento (respiração lenta e profunda). Ensinar estratégias de confronto como a autoinstrução ajudando a criança a encontrar factos e pensamentos positivos sobre o acontecimento gerador de medo, (p.ex. não demora muito, vai correr bem, sou capaz...);

**Adaptação de:** OE (2011); DGS (2013); Hockenberry e Wilson (2014)

## **Apêndice IV – Principais Intervenções de enfermagem na preparação da criança e família para a cirurgia**

### ***Transmissão da informação:***

A criança e família apresentam necessidades de informação sobre a doença, tratamento, prognóstico, respostas físicas e emocionais à doença e tratamento e à hospitalização da criança e família (comportamentos normais e esperados para a situação), regras do hospital, o que esperar e o que é esperado das famílias (Shields, Kristensson-Hallström e O'Callaghan, 2003; Rotegård, 2007). É importante, transmitir a informação necessária e ajudar os pais e a criança a procurar informação (Sanders, 2014). Esta informação completa, correta, sem vieses, vai permitir o controlo do espaço, compreender o sofrimento da criança e a esclarecer os papéis de todos os intervenientes, permitindo a tomada de decisão.

É fundamental basear a transmissão de informação nos conhecimentos prévios da criança e família sobre o procedimento cirúrgico, esclarecendo as dúvidas e receios. Manter os pais informados da situação clínica da criança é importante para acalmar e dar conforto aos pais, tornando-os mais capazes de negociar e participar ativamente no tratamento da criança e fornecendo um ambiente seguro e repleto de afeto (Sartori, Espinoza, Díaz, Ferdinand, Lacassie, González, 2015).

### ***Brincar terapêutico:***

Promove o desenvolvimento de estratégias para lidar com o stress, reduz a ansiedade da separação, as saudades de casa e minimiza o impacto da hospitalização e ou procedimento, colocando a criança numa posição ativa, facilitando o autocontrolo ao dar-lhe oportunidade de tomar decisões (Li e Lopez, 2008; Tavares, 2011; Sanders, 2014). O brincar terapêutico consiste num conjunto de atividades estruturadas para preparar as crianças para procedimentos e minimizar a experiência emocional negativa da hospitalização (Li e Lopez, 2008). Na preparação da criança para cirurgia, pode incluir demonstração de procedimentos em bonecos ou encorajar a criança a explorar equipamento clínico (Li e Lopez, 2008; AL-Sagarat et al., 2017).

### ***Modelagem:***

Intervenção que permite a expressão de emoções e aprendizagem sobre os acontecimentos e procedimentos que preocupam a criança, pois proporciona a encenação de situações vividas, utilizando como apoio bonecos ou fantoches, réplicas de equipamentos hospitalares ou algum equipamento verdadeiro (Sanders 2014). Através de um modelo demonstra-se à criança como pode controlar o medo e a ansiedade (OE, 2011).

### ***Dessensibilização:***

Intervenção terapêutica desenvolvida para reduzir o comportamento de medo e síndromes de evitamento. Utiliza-se material do próprio hospital, tais como máscaras, seringas e bonecos anatómicos (Broering e Crepaldi, 2008).

### ***Distração:***

Intervenção que proporciona prazer e que afasta a atenção da criança perante dois estímulos diferentes ao mesmo tempo, através da leitura de histórias, vivenciando situações similares à enfrentada pela criança – hospitalização e/ou cirurgia, (p.ex. “As histórias da Ondinha”) cantar canções, contar em voz alta ou soprar bolinhas de sabão. Ao distrair a atenção da criança dos medos, aumenta o seu sentimento de segurança e bem-estar (OE, 2011).

## **Apêndice X – Guião de entrevista exploratória a um perito**

## GUIÃO DE ENTREVISTA EXPLORATÓRIA

**Tema:** Preparação da criança e família para cirurgia: intervenção especializada de enfermagem no cuidado não traumático.

**Objetivo Geral:** Obter informação de um perito sobre a sua prática na preparação da criança e família para cirurgia.

**Destinatário:** Perito na consulta de preparação da criança e família para cirurgia.

BLOCO TEMÁTICO	OBJETIVOS ESPECIFICOS	QUESTÕES ORIENTADORAS	TÓPICOS
1. Legitimação da entrevista e motivação do entrevistado	<p>Agradecer e informar sobre o tema e objetivos do projeto;</p> <p>Solicitar a colaboração do entrevistado, explicitando a sua importância para o tema em estudo;</p> <p>Assegurar o anonimato das opiniões do entrevistado;</p> <p>Solicitar autorização para gravar a entrevista.</p>	<p>Encontro-me aqui na qualidade de aluna do mestrado em enfermagem – Área de Especialização Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria - na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). É minha intenção obter informação de um perito sobre a sua prática na preparação da criança e família para cirurgia. Agradeço a sua disponibilidade, estou certa que me poderá fornecer informações preciosas para o desenvolvimento do meu projeto.</p> <p>Informo que é minha pretensão preservar o anonimato do conteúdo da entrevista.</p> <p>Gostaria de obter da sua parte autorização para proceder ao registo da entrevista em gravação áudio.</p>	
2. Preparação da criança e família para a cirurgia	Identificar as vantagens da preparação da criança e família para cirurgia;	Quais as vantagens da preparação da criança e família para cirurgia?	
	Identificar os fatores que o enfermeiro deve ter em conta na preparação da criança e família para cirurgia;	Quais os fatores que o enfermeiro deve ter em conta na preparação da criança e família para cirurgia?	

<b>BLOCO TEMÁTICO</b>	<b>OBJETIVOS ESPECIFICOS</b>	<b>QUESTÕES ORIENTADORAS</b>	<b>TÓPICOS</b>
2.Preparação da criança e família para a cirurgia	Identificar quais as intervenções de enfermagem mais adequadas na preparação da criança e família para cirurgia;	Quais as intervenções/estratégias a utilizar na preparação da criança e família para cirurgia?  Quais as técnicas que privilegia/utiliza na consulta de preparação da criança e família para cirurgia e porquê?  Qual a idade a partir da qual considera que a preparação para cirurgia deve ser dirigida à criança? E Porquê?	
	Identificar o timing mais adequado para a preparação das crianças para cirurgia;	Qual o período que considera pertinente entre a preparação da criança de acordo com a sua idade e a cirurgia?	
	Identificar as dificuldades e necessidades dos pais e da criança com patologia cirúrgica ;	Quais as dificuldades e necessidades dos pais e da criança com patologia cirúrgica?	
	Identificar dificuldades sentidas na prática da consulta de preparação da criança e família para cirurgia;	Quais as maiores dificuldades sentidas pela equipa na consulta de preparação para cirurgia? Que estratégias a equipa utiliza para as superar?	
	Identificar os indicadores de avaliação do impacto da preparação da criança para cirurgia;	Que indicadores de monitorização deverão ser considerados para avaliar o impacto da preparação da criança para cirurgia?	
	Identificar outros programas de preparação para a cirurgia existentes;	Tem conhecimento de outro programa de preparação da criança para cirurgia a nível nacional ou internacional que mereça destaque?	
	Obter sugestões orientação para a prática	Para finalizar que sugestões/orientações ou aspetos considera relevantes eu ter em conta na reformulação da consulta de preparação para cirurgia no meu serviço?	

**Apêndice XI – Proposta de reorganização do programa de preparação da  
criança e família para cirurgia**



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM  
DE LISBOA**

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

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**Proposta de reorganização do programa de preparação da criança  
e família para cirurgia**

**Marta Cristina Godinho Bentes**

**LISBOA**

**Fevereiro, 2018**

## **INTRODUÇÃO**

Analisar a prática de cuidados centrada na preparação da criança e família para cirurgia e liderar o processo de mudança desta prática baseada na evidência, foram dois objetivos que delineei para o meu estágio neste percurso de desenvolvimento de competências para EEESCJ (Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem).

As atividades realizadas para atingir estes objetivos foram concretizadas no estágio do Internamento de pediatria e cirurgia pediátrica e culminam com a elaboração uma proposta de reorganização do programa de preparação da criança e família para cirurgia que tenha em conta o seu desenvolvimento, o momento da preparação e o número de crianças a preparar, indo ao encontro da evidência científica sobre a temática.

A elaboração desta proposta respeitou uma sequência de etapas que serão descritas e analisadas neste documento.

## **REORGANIZAÇÃO DO PROGRAMA DE PREPARAÇÃO DA CRIANÇA E FAMÍLIA PARA CIRURGIA**

Para analisar a prática de cuidados centrada na preparação da criança e família para cirurgia, considerei fundamental auscultar a equipa de cuidados envolvida no programa desenvolvido na instituição. Sendo assim, elaborei um instrumento para diagnóstico de necessidades formativas e identificação de oportunidades de melhoria, segundo a percepção dos profissionais da equipa multidisciplinar envolvida no programa de preparação da criança e família para cirurgia. Foi previamente pedida ao conselho de administração da instituição, autorização para a sua aplicação (Apêndice I). Esse instrumento constou de um questionário para aplicação à equipa multidisciplinar, com a concordância e validação do mesmo pela enfermeira de referência e docente orientadora. O questionário foi estruturado em dois grupos de questões. O primeiro grupo caracteriza o perfil dos participantes. O segundo grupo caracteriza a opinião e atitude face ao programa de preparação para cirurgia (Apêndice II). Coloquei o questionário on-line através da aplicação *googleform*. Deste modo, após contacto presencial com todos os profissionais envolvidos, onde fundamentei o questionário e pedi a sua colaboração, enviei o questionário para os seus emails profissionais.

O período de recolha de dados através do Googleform iniciou-se no dia 08/01/2018 e prolongou-se até ao dia 15/01/2018, data em que desativei a receção de respostas na aplicação.

Posteriormente, desenvolvi através da análise de conteúdo, uma síntese dos resultados obtidos (Apêndice III).

Concluída a síntese dos resultados obtidos através do questionário para diagnóstico de necessidades formativas e identificação de oportunidades de melhoria, segundo a percepção dos profissionais da equipa multidisciplinar envolvidos no programa de preparação da criança e família para cirurgia, reuní com dois elementos dinamizadores previamente identificados (pertencentes à equipa de enfermagem) para divulgação dos resultados e em conjunto delinear um plano de intervenção com vista à reorganização do programa de preparação da criança e família para cirurgia.

Este plano iniciou com a realização de duas reuniões com os líderes formais do internamento de pediatria, cirurgia pediátrica, bloco operatório e anestesiologia. Nestas reuniões apresentei os resultados do questionário, foram redefinidas em conjunto as responsabilidades de cada interveniente. Surgiu ainda a necessidade de elaborar ou rever alguns documentos orientadores para esta reorganização, nomeadamente: fluxograma do programa de preparação para cirurgia, revisão da norma de procedimento “Preparação da criança e família para cirurgia programada” e do folheto relativo a essa preparação, entregue aos pais no dia da consulta. Ficou ainda estabelecida a necessidade de revisão do protocolo de anestesia (sedação e jejum pré-operatório). Por fim, foi marcada uma reunião com toda a equipa multidisciplinar envolvida no programa de preparação para cirurgia (dois momentos para que todos pudessem estar presentes) para partilhar o percurso do programa de preparação para cirurgia, apresentar alguns dos resultados do questionário de diagnóstico de necessidades formativas e identificação de oportunidades de melhoria e apresentar proposta de reorganização do programa de preparação para cirurgia (Apêndice IV).

As reuniões com toda a equipa multidisciplinar envolvida no programa de preparação para cirurgia revelaram-se uma excelente oportunidade de análise da prática, pois os elementos que não responderam ao questionário, puderam intervir e partilhar as dificuldades com que se deparam na prática diária para dar uma resposta eficaz e de qualidade. Estiveram presentes todos os profissionais incluídos no programa das diversas especialidades cirúrgicas envolvidas e os líderes formais dos respetivos serviços. Nesta reunião procedeu-se à discussão do fluxograma do programa de preparação para cirurgia, dado que os aspetos de organização e gestão foram os mais referidos como dificuldades e constrangimentos, tendo sido apresentado como um documento “incompleto” que foi concluído por todos (Apêndice V). Este documento permitirá mapear e padronizar todo o processo de organização do programa.

A proposta apresentada consiste num novo modelo para o programa de preparação para cirurgia que compreende a realização de uma consulta de enfermagem individualizada com início às 9h e término às 13h, deixando de ser realizada a sessão de grupo e a visita ao serviço. As consultas terão um tempo

programado de 30 minutos cada. A consulta de anestesia terá o seu início às 10h30m e término às 14h.

Neste contexto, foram ainda debatidos os problemas do espaço físico para a realização da consulta. A equipa de enfermagem passou a ter sempre disponíveis dois espaços num mesmo gabinete para a realização da consulta, no entanto, o gabinete para a anestesia mantém-se disponível apenas das 10h30m às 14h. A administradora hospitalar da pediatria e os diversos diretores dos serviços envolvidos presentes, comprometeram-se a discutir este problema junto da administração hospitalar.

Ficou decidido que o novo modelo de programa de preparação para cirurgia teria o seu início no dia 19 de março de 2018 e que seriam enviados via email a todos os intervenientes, os documentos elaborados que suportam esta reorganização: fluxograma do programa de preparação para cirurgia, finalizado de acordo com as decisões tomadas na reunião; protocolo de anestesia (elaborado pela diretora do bloco operatório) e revistos: Norma de procedimento relativa à “Preparação da criança e família para cirurgia programada” (Apêndice VI) (revista por mim e dois elementos da equipa de enfermagem identificados) que inclui o folheto a ser entregue aos pais no dia da cirurgia - “O meu filho(a) vai ser operado E agora?” (revisto por mim, diretora do bloco operatório e do serviço de cirurgia pediátrica).

Antes de iniciar o novo modelo de programa de preparação para cirurgia, ficou agendada uma reunião com a equipa de enfermagem, para divulgação, discussão da Norma de procedimento “Preparação da criança e família para cirurgia programada” e orientação da equipa de enfermagem para a sua operacionalização.

## **CONCLUSÃO**

Apesar de no período de estágio, não ter sido possível a implementação das alterações propostas ao programa de preparação da criança e família para cirurgia devido à gestão do tempo, nomeadamente na dificuldade do agendamento das diversas reuniões com toda a equipa multidisciplinar que envolvia um elevado número de intervenientes, considero que os objetivos a que me propús foram atingidos.

Esta proposta de reorganização do programa de preparação para cirurgia da criança e família contribuiu, não só, para a melhoria dos cuidados de saúde prestados à criança e família neste âmbito, mas também para a promoção de um ambiente de cooperação e colaboração entre toda a equipa multidisciplinar.

Apesar das dificuldades com que lidamos diariamente, sinto que o trabalho desenvolvido permitiu que a equipa caminhe no sentido da efetiva prestação de cuidados centrada na família.

**Apêndice I - Pedido de autorização para aplicação de instrumento para diagnóstico de necessidades formativas e identificação de oportunidades de melhoria no programa de preparação da criança e família para cirurgia**

Ao Conselho de Administração do Hospital

Assunto: Pedido de Autorização

Exmo. Sr. Presidente, do Conselho de Administração

Eu, Marta Cristina Godinho Bentes, enfermeira na Unidade de Internamento de Pediatria deste hospital, mestranda do 8º Curso de Mestrado em enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, encontro-me a desenvolver um projeto de intitulado: Preparação da criança e família para cirurgia: intervenção especializada de enfermagem no cuidado não traumático que visa a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à criança e família.

A atividade cirúrgica total do serviço de internamento pediátrico em 2016, correspondeu a 62% das crianças admitidas no serviço, tendo-se verificado um aumento de 42% na cirurgia de ambulatório (Rocha, 2017).

A equipa de saúde desenvolve um programa de preparação para cirurgia desde 1994, tendo sido pioneira no seu desenvolvimento em Portugal. O número de crianças abrangidas por este programa foi aumentando ao longo dos anos e em 2016 preparámos 635 crianças e famílias para cirurgia, abarcando quase a totalidade das crianças intervencionadas eletivamente (Rocha, 2017).

Em consonância com a evidência científica e com os dados casuísticos anteriormente referidos, é visível a importância do desenvolvimento de estratégias de qualidade na intervenção à criança e família.

No âmbito do estágio no serviço onde exerço funções, venho solicitar a Vossa Excelência autorização para aplicação de um inquérito a toda a equipa de profissionais de saúde envolvida no programa de preparação para cirurgia com o objetivo de realizar um diagnóstico de situação dos cuidados prestados na preparação para a cirurgia da criança e sua família, para posterior análise e elaboração de proposta de intervenção de melhoria assistencial à criança e família incluída no programa de preparação para cirurgia.

Com os melhores cumprimentos,

Marta Bentes

**Apêndice II - Instrumento para diagnóstico de necessidades formativas e identificação de oportunidades de melhoria no programa de preparação da criança e família para cirurgia**

Sou estudante do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e encontro-me a desenvolver um projeto intitulado: *Preparação da criança e família para a cirurgia: intervenção especializada de enfermagem no cuidado não traumático* que visa a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à criança e família submetida a cirurgia.

A atividade cirúrgica total do serviço de internamento de pediatria e cirurgia pediátrica em 2016, correspondeu a 62% das crianças admitidas no serviço, tendo-se verificado um aumento de 42% na cirurgia de ambulatório (Rocha, 2017).

A equipa de saúde desenvolve um programa de preparação para cirurgia desde 1994, tendo sido pioneira no seu desenvolvimento em Portugal. Este programa é constituído por uma reunião de preparação para cirurgia em grupo e de uma consulta de enfermagem, finalizado com uma consulta de anestesia. O número de crianças abrangidas por este programa foi aumentando ao longo dos anos e em 2016 preparámos 635 crianças e famílias para cirurgia, abarcando quase a totalidade das crianças intervencionadas eletivamente (Rocha, 2017).

Em consonância com a evidência científica e com os dados casuísticos anteriormente referidos, é visível a importância do desenvolvimento de estratégias de qualidade na intervenção à criança e família.

No sentido de realizar um diagnóstico de situação dos cuidados prestados na preparação para a cirurgia da criança e sua família, agradeço a sua colaboração no preenchimento de um questionário.

A confidencialidade das respostas será assegurada.

Grata pela sua colaboração!

Identificação:

Idade: \_\_\_\_\_

Género:  Feminino  Masculino

Categoria profissional:

Médico

Enfermeiro

Técnico administrativo

Experiência profissional:

Tempo de exercício profissional

Tempo de exercício profissional em pediatria

Formação académica

1. Refira pelo menos 2 aspetos que considera fundamentais num programa de preparação da criança e família para cirurgia.
2. Refira pelo menos 2 aspetos que considera positivos no programa de preparação para cirurgia existente no serviço.
3. Refira pelo menos 2 dificuldades com que se depara, no dia a dia, na implementação do programa de preparação para cirurgia.

3.1. Das dificuldades assinaladas no ponto anterior refira as que pensa que poderiam ser colmatadas com formação?

4. Considera que na implementação do programa de preparação para cirurgia os profissionais trabalham em equipa?

Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

4.1. Porquê?

5. Refira sugestões de melhoria do programa de preparação para cirurgia implementado no serviço.

### **Apêndice III – Síntese dos resultados do questionário**

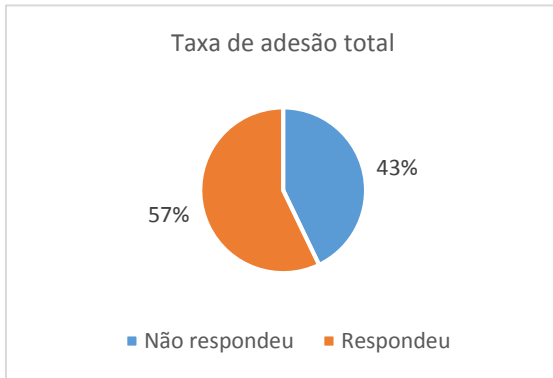


Gráfico 1 – Taxa de adesão do questionário

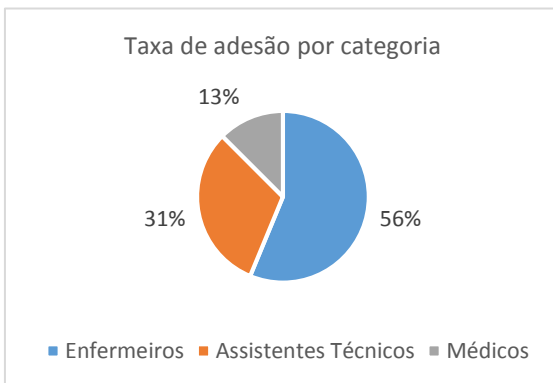


Gráfico 2 – Taxa de adesão por categoria profissional

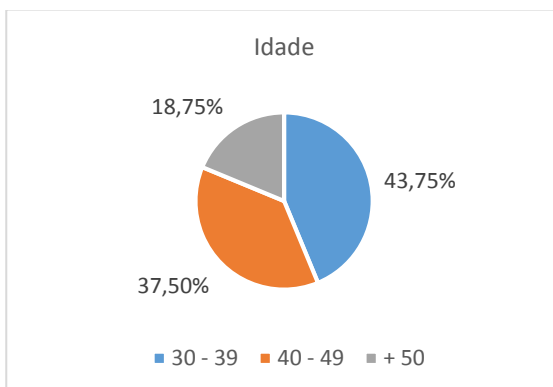


Gráfico 3 – Idade dos participantes

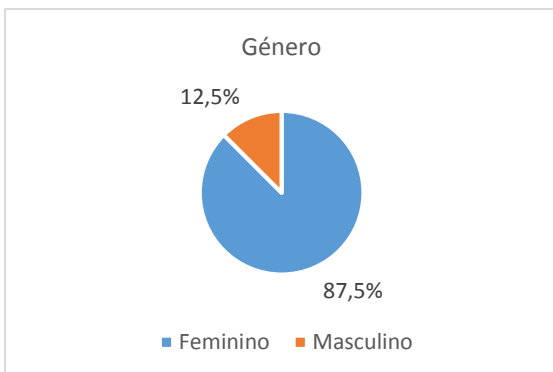


Gráfico 4 – Distribuição de Género

O período de recolha de dados através do *Googleform* iniciou-se no dia 8/01/2018 e prolongou-se até ao dia 15/01/2018, data em que se desativou a receção de respostas na aplicação. Foram recolhidas 16 respostas, dos 28 questionários enviados, o que corresponde a uma taxa de adesão de 57% (Gráfico 1). Estes dados vão de encontro ao referido por Coutinho (2011), em que a utilização de um inquérito por questionário revela algumas fragilidades, sendo a mais comum os elevados níveis de não resposta ao questionário (recusas, não retorno). A caracterização dos participantes revelou que a maioria das respostas foram dadas por enfermeiros (56%), 31% assistentes técnicos e 13% médicos anestesistas (Gráfico 2). Dos participantes, 43,75% encontravam-se na faixa etária dos 30 anos, 18,75% dos 40 anos e 18,75% numa faixa etária acima dos 50 anos (Gráfico 3). A distribuição por género foi de 87,5% de participantes do sexo feminino e 12,5% do sexo masculino (Gráfico 4). A maioria dos participantes tinham entre 10 a 20 anos de tempo de exercício profissional (56%), 19% entre os 21 e os 30 anos e também 19% de participantes com mais de 31 anos de exercício profissional. Houve um participante que não respondeu a esta questão, o que corresponde a 6% da amostra

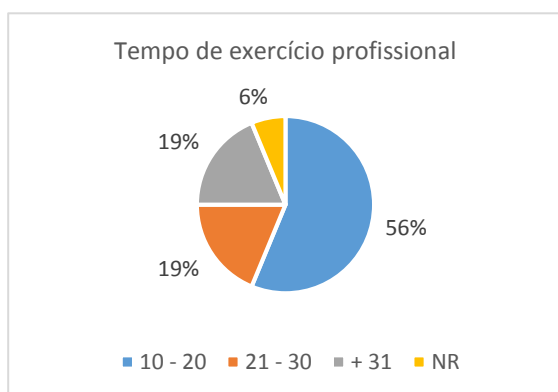


Gráfico 5 – Tempo de exercício profissional

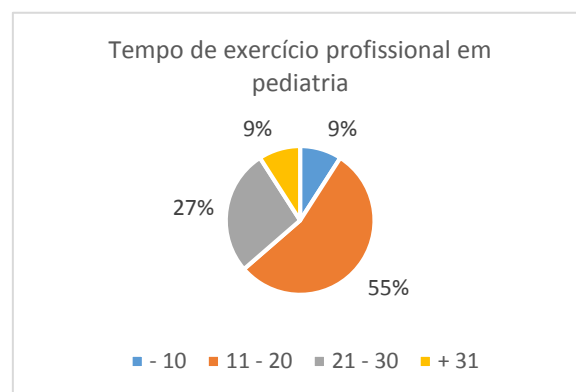


Gráfico 6 – Tempo de exercício profissional em pediatria

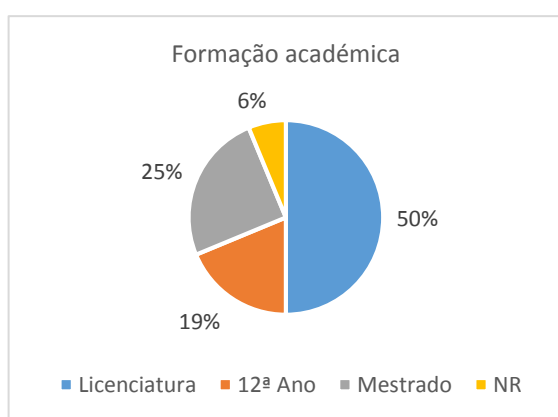


Gráfico 7 – Formação académica

(Gráfico 5). A caracterização dos participantes revelou que mais de metade dos participantes no questionário já trabalhava num serviço de pediatria entre 11 a 20 anos (55%), 27% tinha um tempo de exercício profissional em pediatria entre 21 e 30 anos e 9% da amostra trabalhava na área pediátrica há mais de 31 anos. Também 9% da amostra tinha menos de 10 anos de experiência

profissional em pediatria (Gráfico 6). Quanto à formação académica, 50% da amostra referiu ser licenciada, 25% possuía mestrado, 19% o 12º ano (referente aos assistentes técnicos) e 6 % não responderam à questão (Gráfico 7).

Relativamente ao grupo de questões que caracteriza o nível do conhecimento, opinião e atitude face ao programa de preparação para cirurgia foi realizada análise de conteúdo com o objetivo de organizar e obter significado a partir dos dados colhidos e tirar conclusões realistas dos mesmos (Bengtsson, 2016). Foram seguidas quatro etapas: a descontextualização, a recontextualização, a categorização e a compilação (Bengtsson, 2016). Emergiram quatro categorias finais: aspetos fundamentais do programa de preparação para cirurgia; prática habitual; dificuldades e sugestões de melhoria.

Relativamente aos aspetos fundamentais do programa de preparação para cirurgia, das respostas dos participantes foram encontradas 3 subcategorias: a organização, comunicação e aspetos técnicos.

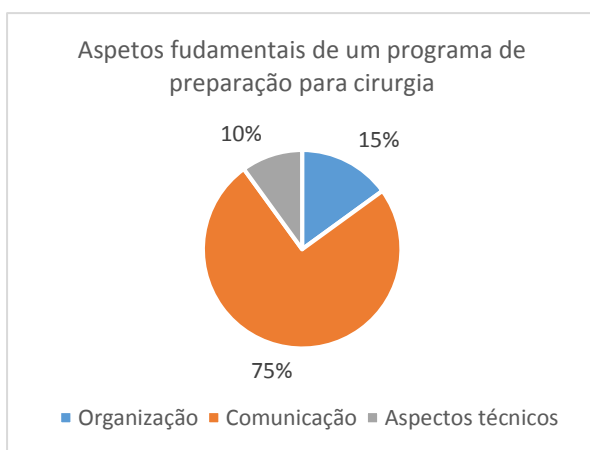


Gráfico 8 – Aspectos fundamentais de um programa de preparação para cirurgia

A maioria dos participantes considerou a comunicação como um dos aspectos fundamentais de um programa de preparação para cirurgia (75%). Nesta categoria foram referidas as características da informação (clara, concisa, individualizada), o conteúdo da mesma (informação sobre o pré, intra e pós-operatório), objetivo da informação (minimizar o medo e capacitar os pais). A atitude dos profissionais foi outra

subcategoria que emergiu da categoria da comunicação. A disponibilidade dos profissionais, a assertividade, o ir ao encontro das necessidades da criança, preparar a criança de acordo com o seu desenvolvimento, permitir a expressão de emoções, ter em conta a individualidade da criança e família, foram aspectos referidos pelos participantes como fundamentais num programa de preparação para cirurgia.

A organização foi considerada por 15% dos participantes como fundamental num programa de preparação para cirurgia. A palavra organização surgiu nesta categoria, mas foi apenas especificada por um dos participantes que se referia ao tempo de espera da criança e família. Por fim, foram referidos dois aspectos mais técnicos (10%) como aspectos a ter em conta na preparação para cirurgia, nomeadamente a sedação eficaz da criança antes de ir para o bloco e regras de jejum atualizadas (Gráfico 8).

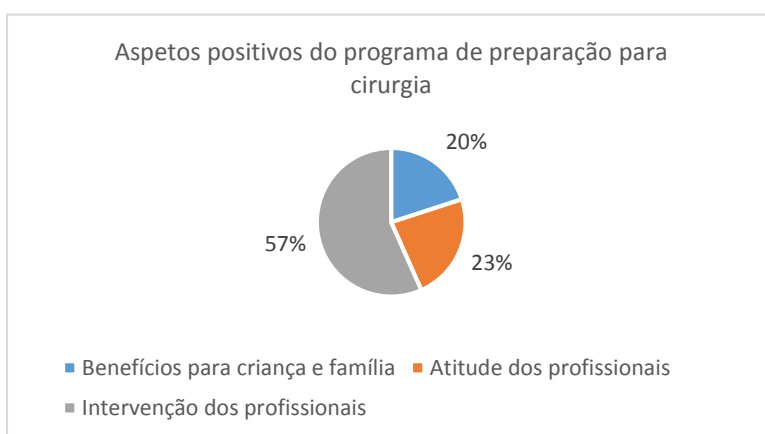


Gráfico 9 – Aspectos positivos do programa de preparação para cirurgia

Na prática habitual identifiquei dois subtemas, os aspectos positivos do programa de preparação para cirurgia e o trabalho em equipa. Relativamente aos aspectos positivos do programa de preparação para cirurgia, a intervenção dos profissionais

surgiu como a subcategoria mais relevante (57%). Os participantes consideraram positivo a informação dada (sobre o pré-operatório, o circuito da criança, avaliação da dor e analgesia pós-operatória), a avaliação da criança e família (história clínica, sinais vitais), os métodos utilizados no programa (sessão coletiva, consulta de enfermagem individual, uso de imagens reais para a preparação da criança e família, visita ao serviço). Foi ainda referida a prática de punção venosa da criança no serviço, como um aspeto positivo, por um dos participantes. A atitude dos profissionais também foi referida como positiva no programa de preparação para cirurgia (23%). A disponibilidade demonstrada no atendimento à criança e família, a equipa de enfermeiras peritas na área que promovem o esclarecimento de dúvidas, a preocupação em abranger todas as crianças com cirurgia programada e o esforço da equipa em manter a atividade apesar dos constrangimentos, foram aspetos referidos como positivos na atitude dos profissionais na prática habitual do programa de preparação para cirurgia. Foi ainda possível apurar como aspeto positivo, a perceção dos participantes da importância do programa de preparação para cirurgia, trazendo benefícios para a criança e família (20%). Foi referido que esta prática habitual promove a confiança e segurança, é tranquilizador e organizador e reduz a ansiedade e o medo da criança e família (Gráfico 9).

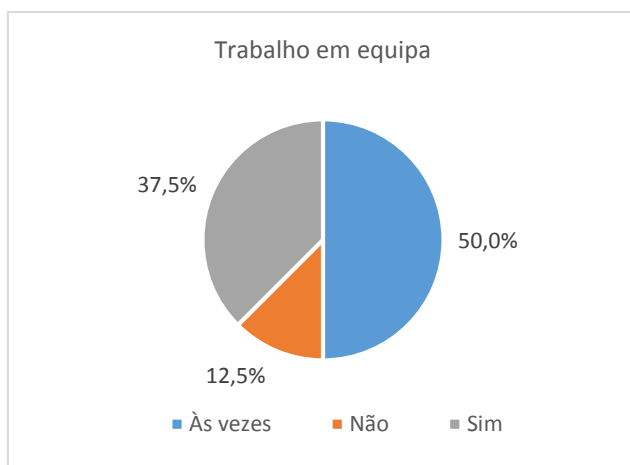


Gráfico 10 – Trabalho em equipa

Na categoria da prática habitual, analisei ainda o trabalho de equipa. 50% dos participantes referiu que na implementação do programa de preparação para cirurgia, os profissionais às vezes trabalham em equipa, 37,5% considerou que trabalham em equipa e 12,5% referiu que não trabalham em equipa (Gráfico 10). Como razões para esta avaliação, os participantes que consideraram que

não se trabalha em equipa referiram, que alguns profissionais têm preferências em trabalhar com alguns elementos, falta de assertividade e maturidade da equipa, falta de conhecimento de todos intervenientes do processo, o que ele envolve e como se

desenrola. Foi ainda referido que cada um trabalha individualmente na sua área, falta comunicação, empenho e cooperação entre os elementos da equipa. Os participantes que referiram que apenas às vezes se trabalha em equipa argumentaram, referindo que por vezes, ainda falta informação aos pais de como se processa o atendimento no dia da preparação para cirurgia. A rotatividade de alguns profissionais de saúde, a falha de comunicação, o *stress* e conflitos entre categorias profissionais são outros fatores mencionados como razões para o trabalho de equipa só existir às vezes. Foi ainda referido por um participante as tomadas de decisão relativamente à analgesia e sedação, como explicação da sua avaliação de nem sempre se trabalhar em equipa.

Os participantes que referiram que na implementação do programa os profissionais envolvidos trabalham em equipa mencionaram que existe coordenação, parceria e interajuda entre os profissionais. Têm ainda preocupação em perceber as situações que correm menos bem e há um esforço da equipa para propor estratégias de melhoria.

A dificuldade na implementação do programa de preparação para cirurgia foi outra categoria que emergiu da análise de conteúdo (Gráfico 11). A subcategoria da

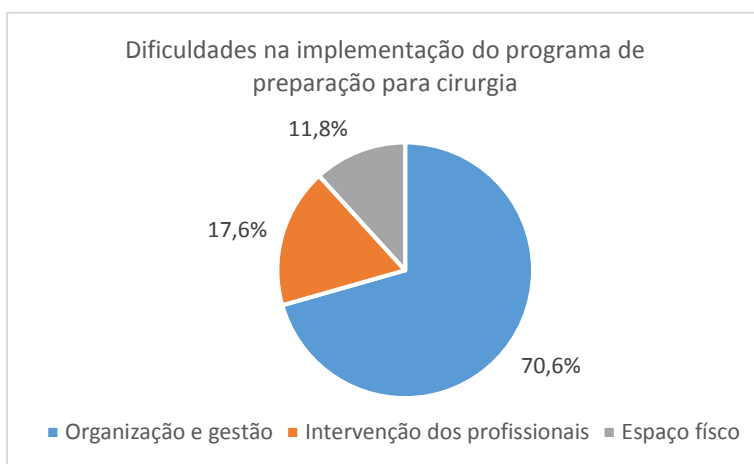


Gráfico 11 - Dificuldades na implementação do programa de preparação para cirurgia

gestão e organização foi a mais relevante nesta categoria (70,6%). O rácio enfermeiro-cliente, a articulação com os diversos secretariados envolvidos (todas as especialidades cirúrgicas do hospital) e o fator tempo foram os aspetos mais referidos como dificultadores da implementação do programa

de preparação para cirurgia. O rácio enfermeiro-cliente, aflorou dificuldades relacionadas com a existência de crianças extraplano e o número de crianças elevado por sessão. A articulação com os secretariados incluiu a falta de informação aos pais de como decorre o programa de preparação, a falta de informação para marcação das consultas, o não cumprimento dos secretariados na preparação do processo individual

e os agendamentos de consulta tardios. Relativamente ao fator tempo foi referido como dificuldade, o pouco tempo disponível para cada consulta individual de enfermagem devido ao número elevado de crianças agendadas. A frequência da consulta, ou seja, o facto de ser apenas uma vez por semana, implicando a inclusão de um número elevado de crianças foi também mencionada com um fator que dificulta o processo. Por fim, ainda relacionado com o fator tempo, a grande maioria dos participantes referiu o tempo de espera elevado da criança e família como uma dificuldade encontrada. Na subcategoria da intervenção dos profissionais, os participantes abordaram dificuldades (17,6%) relacionadas com sessão de grupo não atender ao estágio de desenvolvimento da criança, inexistência de uma primeira consulta de enfermagem na maior parte das crianças atendidas. Foi ainda referido por um participante como dificuldade, a sedação das crianças (protocolo desatualizado) e tomadas de decisão na analgesia no pós-operatório. Por fim, o espaço físico foi outro aspeto referido como dificuldade na implementação do programa de preparação para cirurgia (11,8%). Existe apenas um gabinete para a realização da consulta de enfermagem que é pouco adequado e o gabinete médico está disponível apenas das 10h30m-14h.

Relativamente às necessidades formativas para colmatar as dificuldades, os participantes referiram que não sentiam necessidade de formação, mas sim de informação relacionada com o circuito de informação entre os profissionais envolvidos e de reorganização do atendimento à criança e família.

Para concluir, a categoria de sugestões de melhoria do programa de

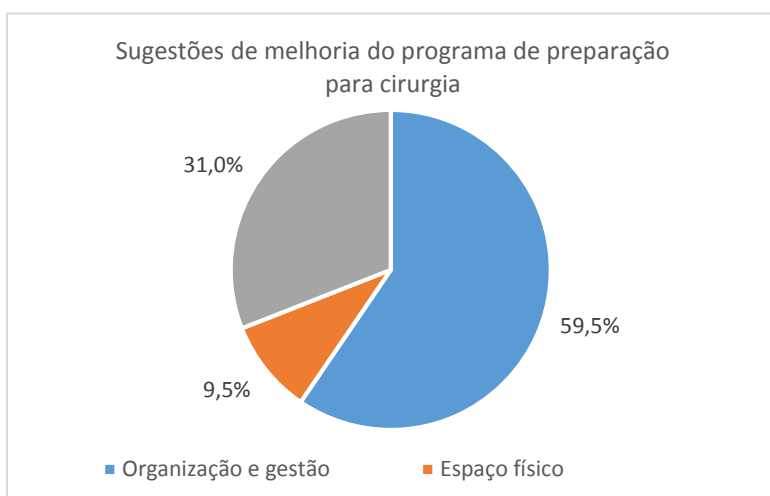


Gráfico 12 - Sugestões de melhoria do programa de preparação para cirurgia

preparação para cirurgia, foi ao encontro das dificuldades apresentadas pelos participantes (Gráfico 12). A maioria (59,5%) sugeriu alterações de organização e gestão do programa de preparação para cirurgia. Consulta individualizada à criança e família, terminando

com a sessão de grupo e visita ao serviço, reorganizar os tempos de consulta para reduzir tempo de espera da criança e não agendar mais de 12 crianças, foram sugestões referidas pela maior parte dos participantes. Foi ainda mencionado como sugestão, o reunir todos os intervenientes, a informação sobre utentes a agendar chegar no dia anterior à consulta e não no próprio dia, informar os pais sobre o dia da consulta, os processos individuais chegarem a tempo útil da consulta, a consulta de enfermagem ser num dia diferente da de anestesia e a avaliação do programa de preparação para cirurgia.

Relativamente à intervenção dos profissionais (31%), a adequação da intervenção ao estágio de desenvolvimento foi o aspeto mais referido, tendo sido ainda mencionado a elaboração de guia de atuação para os profissionais, realizar um filme para apoio na preparação para cirurgia, atualizar o álbum de fotografias, atualizar a apresentação de slides (PowerPoint), terminar com registo em suporte papel, atualização de protocolos de sedação, jejum e analgesia e elaboração de documento para o pais preencherem com os dados da criança e depois validar na consulta.

Por fim, o espaço físico foi aquele que mereceu menos sugestões (9,5%). No entanto, foi considerado pertinente a melhoria das condições do espaço físico para a consulta de enfermagem e a disponibilidade de 2 gabinetes para a realização da mesma.

**Apêndice IV- Slides da reunião com a equipa multidisciplinar envolvida no programa de preparação da criança e família para cirurgia**

# PROGRAMA DE PREPARAÇÃO PARA CIRURGIA



Marta Bentes

## OBJETIVOS

Partilhar o percurso do programa de preparação para cirurgia

Apresentar os resultados do inquérito de diagnóstico de situação

Apresentar proposta de alteração do programa de preparação para cirurgia

## UM PERCURSO DESDE 1994...



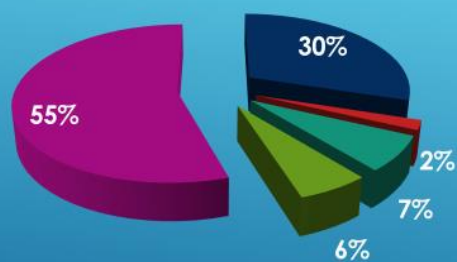
Carta da  
Criança  
Hospitalizada  
(IAC, 2008)

As crianças e os pais têm o direito a receber uma informação adaptada à sua idade e compreensão. As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo.



Fincher, Shaw, e Ramelet, 2012; Copanitsanou, e Valkeapää, 2013; Sanders, 2014; Burns-Nader e Hernandez-Reli, 2016).

### Cirurgia em Ambulatório 2017



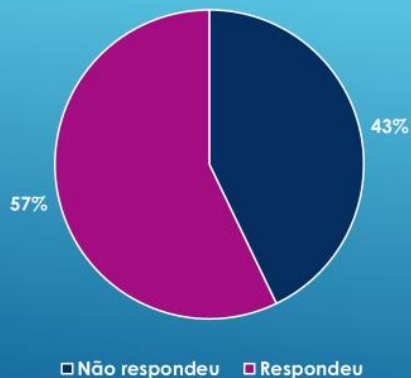
- Cir. Pediátrica
- Cir. Plástica
- Oftalmologia
- Ortopedia
- ORL

Fonte: Rocha, C. (2018). *Casuística do internamento de pediatria e cirurgia pediátrica* [slides PowerPoint] apresentado em Reunião de serviço.

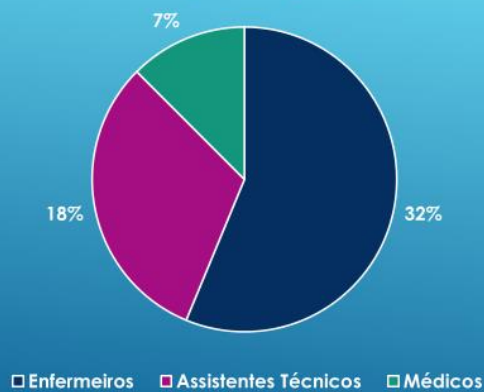
489 consultas de preparação para cirurgia no ano de 2017

Fonte: Rocha, C. (2018). *Casuística do internamento de pediatria e cirurgia pediátrica* [slides PowerPoint] apresentado em Reunião de serviço.

### Taxa de adesão total



### Taxa de adesão por categoria profissional



### Aspetos positivos do programa de preparação para cirurgia



#### Intervenção dos profissionais

Consulta de enfermagem  
informação sobre o pré-operatório, circuito da criança

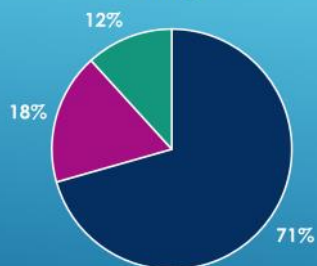
#### Atitude dos profissionais

disponibilidade  
esforço da equipa em manter a atividade apesar dos constrangimentos

#### Benefícios para a criança

confiança e segurança  
menos medo e ansiedade

### Dificuldades na Implementação do programa de preparação para cirurgia



- Organização e gestão
- Intervenção dos profissionais
- Espaço físico

#### Organização e gestão

Articulação com os secretariados  
Tempo de espera elevado da criança

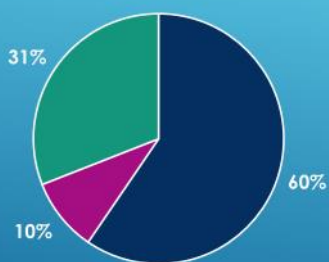
#### Intervenção dos profissionais

Sessão de grupo não permite comunicação adequada ao estadio de desenvolvimento da criança  
Protocolo de anestesia (jejum e sedação) desatualizado

#### Espaço físico

Pouco adequado á consulta de enfermagem

### Sugestões de melhoria do programa de preparação para cirurgia



- Organização e gestão
- Espaço físico
- Intervenção dos profissionais

#### Organização e gestão

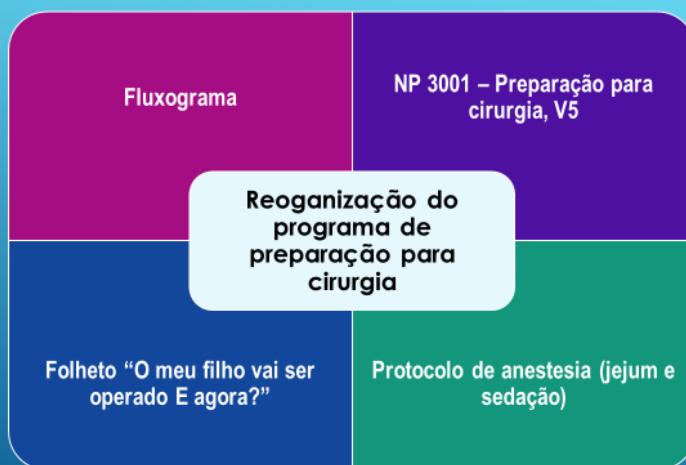
Consulta de enfermagem individual  
Reunir todos os intervenientes  
Reduzir o tempo de espera da criança

#### Intervenção dos profissionais

Adequar ao estadio de desenvolvimento da criança  
Protocolo de anestesia (jejum e sedação) atualizado

#### Espaço físico

Melhorar as condições do espaço físico



*“Trabalhar em equipa não significa que todos tenham que fazer tudo, mas sim ter a consciência do todo e do papel de cada um neste todo”.*

Daniel Godri

**Apêndice V – Fluxograma do programa de preparação da criança e família para  
cirurgia**

<i>Serviço de Pediatria e Cirurgia Pediátrica</i>	<b>FLUXOGRAMA PEDIAT- CIR-PED</b>
---	---------------------------------------

APROVAÇÃO

<b>ASSUNTO:</b>	Programa de Preparação da Criança e Família para Cirurgia
<b>FINALIDADE:</b>	Definir o procedimento e fluxo informativo do Programa de Preparação para Cirurgia
<b>DESTINATÁRIOS:</b>	Cirurgiões, anestesistas, enfermeiros e assistentes técnicos dos secretariados
<b>PALAVRAS-CHAVE:</b>	Organização, consulta de anestesia, preparação para cirurgia

Autor (es)	Marta Bentes	Data de elaboração	2018.01.20
Verificação CQSD		Data de Verificação	
Aprovação		Data de Aprovação	
Divulgação		Data de Divulgação	
Versão	1	Data de Revisão	

## **SIGLAS**

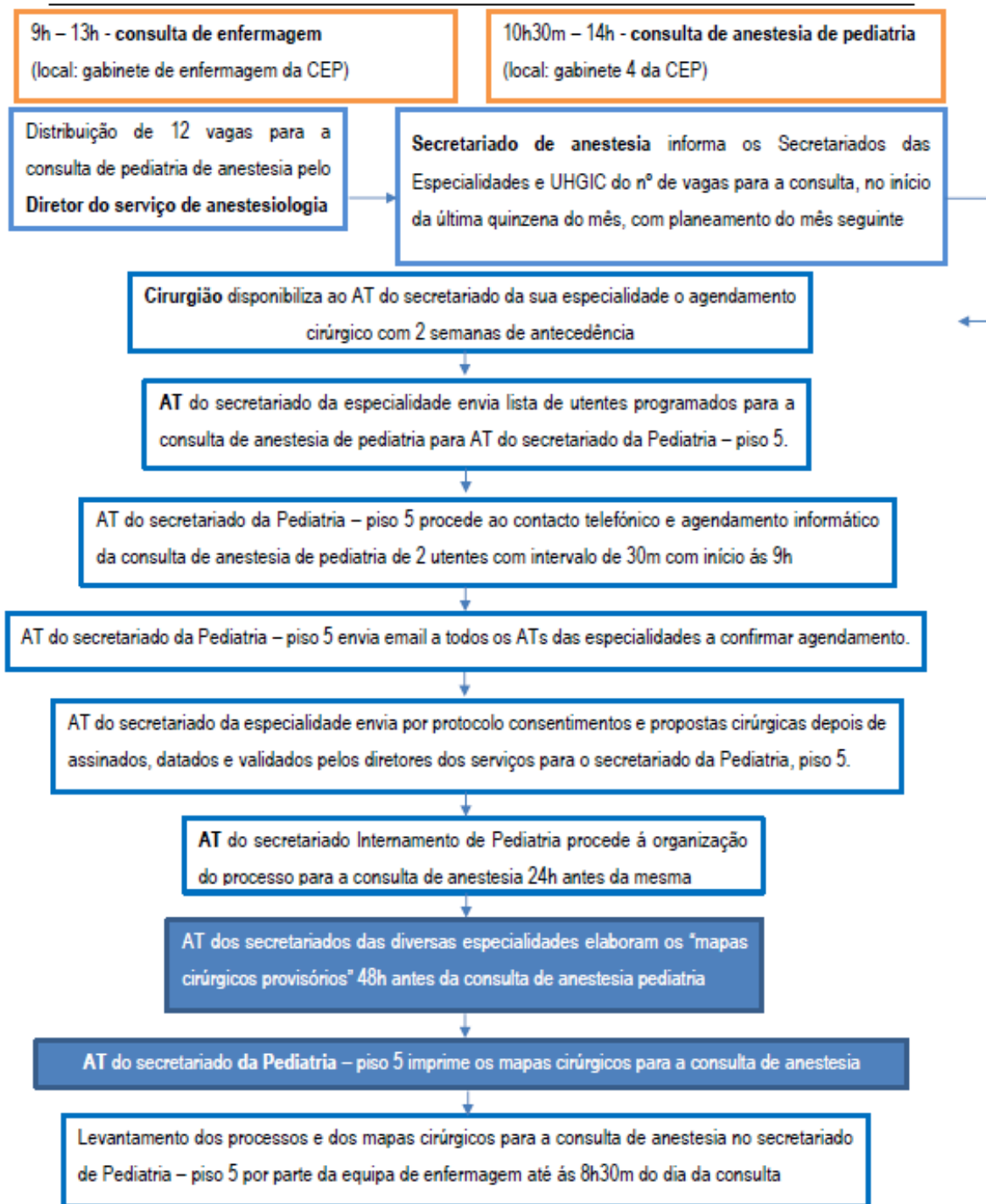
---

CEP – Consulta Externa de Pediatria

UHGIC – Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia

AT – Assistente técnica

## DESCRIÇÃO



**Apêndice VI – Preparação da criança e família para cirurgia programada-  
Norma de Procedimento**

<i>Serviço Pediatria e Cirurgia Pediátrica</i>	<b>NORMA DE PROCEDIMENTO PEDIAT/INT- CIR-PED – 3001</b>
--	---

<b>APROVAÇÃO</b>

<b>ASSUNTO:</b>	Preparação da criança e família para cirurgia programada
<b>FINALIDADE:</b>	Garantir a segurança do doente. Reduzir o medo e ansiedade, respostas negativas da hospitalização e o risco de complicações relacionadas com a cirurgia.
<b>DESTINATÁRIOS:</b>	Equipa de saúde do Internamento de Pediatria e Cirurgia Pediátrica
<b>PALAVRAS-CHAVE:</b>	Preparação, criança, família, cirurgia programada

Autor (es)	Marta Bentes	Data de elaboração	
Verificação CQSD		Data de Verificação	
Aprovação		Data de Aprovação	
Divulgação		Data de Divulgação	
Versão	5	Data de Revisão	2018.01.22

## SIGLAS

---

AO – Assistente Operacional

BO – Bloco Operatório

BSI – Boletim de Saúde Infantil

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

## CONCEITO

---

A hospitalização e a cirurgia conduzem a ansiedade e medo para a criança e família, revelando-se a preparação para a cirurgia como intervenção fundamental na minimização destes fatores de *stress*. Estas emoções, são potenciadas pela rutura com o seu ambiente familiar, pela quebra das rotinas familiares, pela necessidade de procedimentos invasivos que provocam desconforto e dor, pela sensação de perda de controlo sobre os acontecimentos experienciados, pelo contacto com desconhecidos e pela presença de equipamento assustador (Diogo, Vilelas, Rodrigues e Almeida, 2016).

A preparação para cirurgia surge como uma intervenção autónoma de enfermagem que consiste na implementação de técnicas estruturadas, com a intenção de diminuir o medo e ansiedade da criança e família (OE, 2011). Os resultados refletem-se na resposta positiva da criança após o procedimento, na colaboração dos pais nos cuidados, maior segurança quando da alta hospitalar, menor uso de medicamentos (antibióticos e analgésicos) e menos dias de hospitalização (Fincher, Shaw e Ramelet, 2012).

As crianças que passam por procedimentos cirúrgicos exigem uma preparação psicológica e física (Brown, 2014). No período que antecede a cirurgia, a criança deve ser esclarecida de forma verdadeira, utilizando frases curtas e simples, (OE, 2011) através de meios visuais para explicar o que vai acontecer, evitando palavras com duplo significado e tendo em conta o número de palavras e extensão das frases adequadas ao nível de compreensão da criança (Richman, 2000; Brown 2014). É importante enfatizar a sequência e os aspetos sensoriais (o que vai sentir, ver, cheirar, tocar e ouvir), sem esquecer de referir o que a criança pode fazer durante o procedimento (MacLaren e Kain, 2007; Brown, 2014).

A preparação para cirurgia deve ter em consideração a idade, o nível de desenvolvimento cognitivo da criança ou jovem, o estilo de confronto e personalidade, experiências hospitalares anteriores, tipo de cirurgia (OE, 2011).

Na sua revisão da literatura, AL-Sagarat, Al-Oran, Obeidat, Hamlan e Moxham (2017) identificaram a informação, o brincar terapêutico e a intervenção de palhaços, como as principais intervenções na preparação da criança e família para cirurgia.

Uma preparação para cirurgia dirigida às necessidades identificadas em cada criança e família pode transformar a situação de crise relacionada com a cirurgia, numa situação de crescimento e de aprendizagem (OE, 2011).

## RECURSOS MATERIAIS

---

- Kit de preparação para a cirurgia com material hospitalar real:
  - Máscara cirúrgica descartável;
  - Touca de bloco operatório;
  - Bata;
  - Anestésico tópico - EMLA;
  - Penso para o EMLA;
  - Ligaduras;
  - Cateter endovenoso sem mandril;
  - Sistema de administração de soro;
  - Torneira de 3 vias;
  - Frasco de soro;
  - Seringas;
  - Eléttodos;
  - Pensos cirúrgicos;
  - Régua para avaliação de dor;
- Livros: “O Diogo é Operado” e “Anita no Hospital”;
- Álbum de fotos;
- Apresentação de slides em PowerPoint – ilustrativa do percurso da criança e dos acontecimentos no dia da cirurgia,

- Guia de acolhimento do Serviço de Pediatria;
- Folheto informativo “O meu filho(a) vai ser operado. E agora?” (Apêndice I)

## DESCRIÇÃO

---

As crianças e jovens propostos para cirurgia programada efetuam uma Consulta de Anestesia de Pediatria no período pré-operatório, agendada habitualmente uma a duas semanas antes da cirurgia.

No dia da **Consulta de Anestesia**, realiza-se concomitantemente uma **Consulta Individual de Enfermagem de preparação da criança e família para a cirurgia**. Esta consulta decorre das 9h às 13h, todas as quartas-feiras, no gabinete de enfermagem da consulta externa de pediatria, sendo realizada por 2 enfermeiros do Internamento de pediatria e cirurgia pediátrica. Cada consulta tem um tempo previsto de 30 minutos de duração.

### **Princípios orientadores da consulta:**

- Incentivar a criança a exprimir as suas emoções e medos (Apêndice II) relacionadas com o internamento e/ou cirurgia;
- Utilizar estratégias de minimização do medo e ansiedade, tendo em atenção as características da criança, potenciando a sua autonomia na escolha da intervenção (Apêndice III) de preparação para a cirurgia.

A preparação da criança e família para cirurgia deve incidir no período pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório, sendo constituída pelas seguintes etapas:

1. Acolher a criança e família;
2. Entrevista de avaliação inicial pertinente para a prestação de cuidados nomeadamente: hábitos de vida, estágio de desenvolvimento da criança, estilo de confronto, experiência prévia de hospitalização, sintomas físicos, medos, história da dor, composição familiar, pessoa ou pessoas significativas.
3. Validar conhecimentos e compreensão da criança e família da patologia e necessidade de tratamento cirúrgico;
4. Incentivar a presença parental durante todo o processo de hospitalização (exceto durante o procedimento cirúrgico);

5. Informar sobre:

Período pré-operatório:

- Orientações de funcionamento do Internamento de pediatria e cirurgia pediátrica (acompanhantes, visitas, senha e horário das refeições);
- A importância de trazer objetos de ligação (chucha, fralda, boneco, livros, telemóvel, computador...);
- Os objetos pessoais e os documentos que devem trazer para o internamento (BSI, Cartão de Utente; Bilhete de Identidade ou Cédula da Criança; Cartão do Sistema de Saúde);
- Cuidados de higiene pré-operatórios e adornos;
- Necessidade de jejum pré-operatório;
- Percorso da criança e família e acontecimentos no dia da cirurgia:
  - Hora de chegada ao serviço e local onde devem aguardar;
  - Encaminhamento pela AO e banho;
  - Colocação do analgésico tópico (para posterior colocação de cateterismo venoso periférico);
  - Avaliação de peso, frequência cardíaca e tensão arterial;
  - Administração de pré-medicação, profilaxia antibiótica e/ou tromboembólica de acordo com a prescrição médica;
  - Realização de colheitas de sangue se aplicável;
  - Colocação do soro;
  - Como é realizado o transporte da criança para o BO e quem poderá acompanhar;

Período intra-operatório:

- Onde os pais poderão aguardar durante o procedimento cirúrgico;
- Condições de entrada dos pais na UCPA;
- Como os pais devem proceder para entrarem na UCPA;
- Administração de medicamentos analgésicos durante a cirurgia, garantindo medidas de controlo e alívio da dor;
- Local do corpo envolvido na cirurgia;
- Tempo da cirurgia;

#### Período pós-operatório:

- Aparência da criança no pós-operatório: equipamento/ material que poderá ter; cateteres, pensos, gessos, elétrodos, sensores de oximetria, máscara de oxigenoterapia, sondas... (apoio do álbum de fotografias);
  - Reações prováveis da criança no pós-operatório imediato;
  - Condições necessárias para a alta na cirurgia de ambulatório (ingestão de líquidos com tolerância, urinar, não apresentar febre, hemorragias ou outras intercorrências);
- Documentos entregues na alta (nota de alta médica, folheto com recomendações para o pós-operatório, receita médica para medicação em domicílio se aplicável, atestado de assistência à família ou outras declarações).
6. Instruir e treinar escala de avaliação da dor com a criança;
  7. Ensino e instrução de colocação da pomada anestésica para colocação de cateterismo venoso periférico, em todas as situações em que esteja prevista a colocação no domicílio (primeiros tempos cirúrgicos), com entrega de Kit com 1 embalagem de pomada e 2 pensos transparentes ou penso de EMLA.
  8. Avaliação de peso, frequência cardíaca e tensão arterial;
  9. Reforço sobre o local e hora de comparecimento no dia da cirurgia;
  10. Reforço sobre necessidade de contacto com o serviço, se surgir doença ou outro impedimento para a cirurgia;
  11. Entrega do folheto informativo “O meu filho(a) vai ser operado. E agora?”
  12. Entrega do guia de acolhimento do serviço de pediatria.
  13. Garantir aos pais e criança a disponibilidade para esclarecimento de dúvidas durante toda a consulta.
  14. Registo eletrónico no aplicativo Sclínico - Consulta Externa.

#### **Preparação para Cirurgia em Hospital de Dia**

Destina-se aos utentes pediátricos que não são incluídos em programa de preparação para cirurgia de 4ª feira, por exemplo, crianças contactadas para integrar planos operatórios entre quartas-feiras e ainda crianças da especialidade de neurocirurgia.

A intervenção de enfermagem nestas situações é sobreponível à realizada na consulta de enfermagem anteriormente descrita, acrescentando a possibilidade de vista ao internamento de pediatria.

A preparação da criança e família para cirurgia resulta de um trabalho interdisciplinar que envolve os cirurgiões das especialidades, os respetivos secretariados, o serviço de anestesia, a UHGIC e enfermeiros do internamento de Pediatria Médica e Cirurgia Pediátrica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- AL-Sagarat, A. Y., Al-Oran, H.M., Obeidat, H., Hamlan, A.M., Moxham, L. (2017). Preparing the family and children for surgery. *Critical Care Nursing Quarterly*, 40(2), 99–107.
- Broering, C. V., Crepaldi, M. A. (2008). Preparação psicológica para a cirurgia em pediatria: importância, técnicas e limitações. *Paidéia*, 18(39), 61–72.
- Brown, T. (2014). Especificidades nas intervenções de enfermagem em pediatria. In M. Hockenberry, D. Wilson (Eds). *WONG, Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed.) vol. II, cap.27. pp.1061-1118. Loures: Lusociência.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., Almeida, T. (2016). Os medos das crianças em contexto de urgência pediátrica: enfermeiro enquanto gestor emocional. *Pensar Enfermagem*, 20(2), 26–47.
- Fincher, W., Shaw, J., Ramelet, A. S. (2012). The effectiveness of a standardised preoperative preparation in reducing child and parent anxiety: a single-blind randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 21(7–8), 946–955.
- Li Hcw, Lopez V. (2008). Effectiveness and appropriateness of therapeutic play intervention in preparing children for surgery: a randomized controlled trial study. *J Spec Pediatr Nurs.*, 13 (2), 63-73.
- MacLaren J., Kain, Z.N. (2007). Pediatric preoperative preparation: a call for evidence-based practice. *Pediatr Anesth.*, 17 (11), 1019-1020.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. In: Cadernos Ordem dos Enfermeiros, Série I, (3), Volume 2. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa nacional de saúde infantil e juvenil*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Richman, N. (2000). *Communicating with children: helping children in distress*. London: Save the Children UK.
- Rotegård, A. K. (2007). Children in an isolation unit-parents' informational needs. *Nursing Science*, 27 (4), 32–37.

- Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença e hospitalização. In M. Hockenberry, D. Wilson (Eds). *WONG, Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed.) vol. II, cap.26. pp.1025-1060. Loures: Lusociência.
- Sartori, J., Espinoza, P., Díaz, M. S., Ferdinand, C., Lacassie, H. J., González, A. (2015). Qué información preoperatoria desean los padres de niños que serán operados? *Revista Chilena de Pediatría*, 86(6), 399–403.
- Shields, L., Kristensson-Hallström, I., O’Callaghan, M. (2003). An examination of the needs of parents of hospitalized children: comparing parents’ and staff’s perceptions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17 (2), 176–184.



**Apêndice II – Estratégias de enfermagem perante os medos comuns da criança de acordo com o seu estágio de desenvolvimento.**

<b>Idade</b>	<b>Medo/Comportamento da criança</b>	<b>Objeto de segurança/distração</b>	<b>Estratégias de enfermagem</b>
<b>Lactente</b>	Medo da separação; Medo de estímulos ruidosos, intensos e desconhecidos; Não percebe o que está a acontecer, mas sente a ansiedade dos pais.	Brinquedo, cobertor ou fralda favorita, chucha, biberão, presença parental	Manter os pais próximos durante os procedimentos, limitar a presença de estranhos, falar num tom tranquilo, esclarecer dúvidas com o objetivo de controlar a ansiedade dos pais.
<b>Toddler</b>	Medo da separação; Entende mais do que é capaz de verbalizar.	Brinquedo favorito, presença parental, cobertor ou fralda favorita, chucha	Incentivar a presença dos pais e mantê-los na linha de visão da criança; Dar explicações simples e concretas, dizer que pode chorar, que pode segurar a mão da mãe ou da enfermeira, manter-se deitado e quieto. Dizer uma frase de cada vez. Esclarecer dúvidas com o objetivo de controlar a ansiedade dos pais.
<b>Pré-escolar</b>	Medo da separação, mas aceita-a mais facilmente; Medo da dor; Preocupação com a integridade do corpo e mutilação cirúrgica; Quase capaz de compreender explicações dadas.	Brinquedo significativo	Explicações simples e usar palavras neutras para descrever o procedimento: - EMLA: “pomada mágica” -Sala de operações: “nave espacial” - Anestesia – “sono especial” Proporcionar a brincadeira lúdica: contar histórias ou modelagem. Permitir a manipulação do material a ser usado: “sistema de soro, elétrodos...”
<b>Escolar</b>	Medo do desconhecido; Medos de acordar durante a cirurgia ou não acordar, da mutilação do corpo e de desempenho inadequado. Interessado em adquirir conhecimento; Correta noção do tempo; Tolera a separação dos pais; Capaz de compreender explicações;	Objetos pessoais, objetos de distração (computador, livros, jogos eletrónicos)	Proporcionar a brincadeira lúdica: contar histórias ou modelagem. Permitir a manipulação do material a ser usado: “sistema de soro, elétrodos...” Dar oportunidade para efetuar questões e clarificar as dúvidas. Explicar a razão dos procedimentos e do equipamento a utilizar. Treinar técnicas de relaxamento (respiração lenta e profunda). Ensinar estratégias de confronto como a autoinstrução ajudando a criança a encontrar factos e pensamentos positivos sobre o acontecimento gerador de medo, (p.ex. não demora muito, vai correr bem, sou capaz...);
<b>Adolescente</b>	Medo de perder o controlo, da morte, de acordar durante a cirurgia ou não acordar; Medo da imagem corporal alterada; Medo de falhar; Ainda precisam da presença dos pais mesmo querendo mostrar--se fortes; Preocupação com as amigas; Necessitam de informação.	Objetos pessoais que ajudem a lidar com o tempo (telemóvel, computador), roupa que pode usar.	Incentivar e apoiar na tomada de decisão (quem o acompanha, o momento para realização dos procedimentos). Explicar a necessidade e consequência do procedimento. Incentivar a colocação de dúvidas, nomeadamente em relação à zona do corpo envolvida na cirurgia e o benefício físico. Manter a privacidade. Treinar técnicas de relaxamento (respiração lenta e profunda). Ensinar estratégias de confronto como a autoinstrução ajudando a criança a encontrar factos e pensamentos positivos sobre o acontecimento gerador de medo, (p.ex. não demora muito, vai correr bem, sou capaz...);

**Adaptação de:** OE (2011); DGS (2013); Hockenberry e Wilson (2014)

## **Apêndice III – Principais Intervenções de enfermagem na preparação da criança e família para a cirurgia**

### ***Transmissão da informação:***

A criança e família apresentam necessidades de informação sobre a doença, tratamento, prognóstico, respostas físicas e emocionais à doença e tratamento e à hospitalização da criança e família (comportamentos normais e esperados para a situação), regras do hospital, o que esperar e o que é esperado das famílias (Shields, Kristensson-Hallström e O'Callaghan, 2003; Rotegård, 2007). É importante, transmitir a informação necessária e ajudar os pais e a criança a procurar informação (Sanders, 2014). Esta informação completa, correta, sem vieses, vai permitir o controlo do espaço, compreender o sofrimento da criança e a esclarecer os papéis de todos os intervenientes, permitindo a tomada de decisão.

É fundamental basear a transmissão de informação nos conhecimentos prévios da criança e família sobre o procedimento cirúrgico, esclarecendo as dúvidas e receios. Manter os pais informados da situação clínica da criança é importante para acalmar e dar conforto aos pais, tornando-os mais capazes de negociar e participar ativamente no tratamento da criança e fornecendo um ambiente seguro e repleto de afeto (Sartori, Espinoza, Díaz, Ferdinand, Lacassie, González, 2015).

### ***Brincar terapêutico:***

Promove o desenvolvimento de estratégias para lidar com o stress, reduz a ansiedade da separação, as saudades de casa e minimiza o impacto da hospitalização e ou procedimento, colocando a criança numa posição ativa, facilitando o autocontrolo ao dar-lhe oportunidade de tomar decisões (Li e Lopez, 2008; Tavares, 2011; Sanders, 2014). O brincar terapêutico consiste num conjunto de atividades estruturadas para preparar as crianças para procedimentos e minimizar a experiência emocional negativa da hospitalização (Li e Lopez, 2008). Na preparação da criança para cirurgia, pode incluir demonstração de procedimentos em bonecos ou encorajar a criança a explorar equipamento clínico (Li e Lopez, 2008; AL-Sagarat et al., 2017).

### ***Modelagem:***

Intervenção que permite a expressão de emoções e aprendizagem sobre os acontecimentos e procedimentos que preocupam a criança, pois proporciona a encenação de situações vividas, utilizando como apoio bonecos ou fantoches, réplicas de equipamentos hospitalares ou algum equipamento verdadeiro (Sanders 2014). Através de um modelo demonstra-se à criança como pode controlar o medo e a ansiedade (OE, 2011).

### ***Dessensibilização:***

Intervenção terapêutica desenvolvida para reduzir o comportamento de medo e síndromes de evitamento. Utiliza-se material do próprio hospital, tais como máscaras, seringas e bonecos anatómicos (Broering e Crepaldi, 2008).

### ***Distração:***

Intervenção que proporciona prazer e que afasta a atenção da criança perante dois estímulos diferentes ao mesmo tempo, através da leitura de histórias, vivenciando situações similares à enfrentada pela criança – hospitalização e/ou cirurgia, (p.ex. “As histórias da Ondinha”) cantar canções, contar em voz alta ou soprar bolinhas de sabão. Ao distrair a atenção da criança dos medos, aumenta o seu sentimento de segurança e bem-estar (OE, 2011).