



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

*Adaptação da Criança à doença crónica
gastrointestinal, com necessidades especiais de
alimentação*

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Por Andreia Vanessa Cravo Chaves

Sob Orientação da Professora Margarida Lourenço

LISBOA, Outubro de 2013

“...a compreensão da doença por parte das crianças
é o espelho de mudanças cognitivas mais gerais
que se processam ao longo do tempo.”

(BENNETT, 2002)

RESUMO

O presente trabalho surge no âmbito da unidade curricular Relatório inserida no Curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica. Resulta de um processo de reflexão ao longo de três módulos de estágio realizados na comunidade e em serviços de internamento. A temática desenvolvida foi a *Adaptação da criança/família à doença crónica gastrointestinal com necessidades especiais de alimentação*, com o objetivo de identificar as intervenções de enfermagem promotoras dessa adaptação de modo a facilitar o crescimento, desenvolvimento e integração na sociedade. As crianças são seres vulneráveis aos estímulos exteriores a que estão sujeitas, e o aparecimento de uma doença crónica é um momento gerador de stress. Algumas podem ainda apresentar necessidades especiais de alimentação, sendo esta fundamental ao abordar a população pediátrica, pois é essencial ao seu crescimento. Desenvolveu-se assim uma filosofia dos cuidados centrados na família, em que os pais são tidos como parceiros nos cuidados de enfermagem sendo o EESIP o profissional com mais competências para os incluir nos cuidados, estando alicerçado aos pressupostos do Modelo de Adaptação da Irmã Callista Roy.

Como documentos realizados ao longo dos módulos de estágio, destaco a elaboração de sessões de formação para profissionais de saúde dando a conhecer a problemática da criança com gastrostomia e a importância de uma equipa multidisciplinar promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional; a distribuição de questionários pelos pais, comprovando a necessidade da existência de uma consulta de enfermagem para crianças/famílias que realizarão exames gastroenterológicos; elaboração de documentos para a continuidade de cuidados e para a articulação entre o hospital pediátrico e o hospital de adultos de referência; construção de um KIT “O meu filho tem uma gastrostomia: que preciso de saber?”. Tive a oportunidade de adquirir e aperfeiçoar determinadas competências salientando a capacidade de utilizar as diversas técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/família, adequando ao estágio de desenvolvimento; intervir na comunidade; fazer uma gestão diferenciada da dor; referenciar a criança/família com doença crónica para as instituições de suporte; envolver os pais na prestação de cuidados, promovendo a autonomia no cuidado ao RN.

Palavras – Chave: Doença Crónica Gastrointestinal; Necessidades Especiais; Alimentação; Criança e Família; EESIP

ABSTRACT

The present work was established on the grounds of curricular unit and Report based on the Postgraduate Degree in Nursing with the specialization in Nursing within Pediatric Health. It is a result of a process of contemplation throughout the three modules of internship undertaken in the community and the inpatient services. The these that was developed was the *Adaptation of the child/family to the chronic gastrointestinal disease with special feeding necessities*, with the objective of identifying the nursing interventions to ease and promote said adaptation towards facilitating growth, development and integration in society in general. Children are extremely vulnerable beings influenced by external stimulus to which they are subject to; and the onset of a chronic disease has an impact generating significant stress. Some may even be diagnosed with special feeding needs, which will be crucial in the approach made by the pediatric population as this will be essential for their growth. Hence the development of a philosophy which centers on the care given within the family, where parents are treated as partners of the caregivers, in other words, the SNPH professionals with the competences to include them in the care being provided, centered upon the principles of Sister Callista Roy's Model of Adaptation. As documents that were prepared during the internship modules, the foremost would be the coaching sessions for health professionals that taught the problematic of the child associated with the gastronomy and the importance of a multidisciplinary team to promote the personal and professional development; the distribution of the questionnaires to parents, demonstrating the need of having nursing appointments with children/families in order to have gastroenterological exams performed; creating documents for the continued care and articulation between the pediatric hospital and the adult hospital of reference; producing the KIT “My child has a gastrostomy tube: what do I need to know?”. I was further able to acquire and improve certain competences namely the ability to use different communicating techniques in building the relationship with the child/family, adapting this to the development stages; intervene in the community; in being able to differentiate pain management; refer the child/family with chronic disease to the relevant support institutions; to involve the parents in the health care being provided, therefore promoting care giving autonomy of the newborn.

Key words: Chronic Gastrointestinal Disease; Special Needs; Feeding; Child and Family; SNPH Professional

AGRADECIMENTOS

Elaborar um relatório, pela sua finalidade académica, é um trabalho solitário e de grande investimento a nível pessoal e profissional. No entanto vários contributos surgiram como uma mais-valia para o meu crescimento pessoal e profissional. Muito tenho a agradecer a todos os que me apoiaram, ajudaram e acompanharam em mais uma etapa da minha vida e no meu crescimento.

- A todos os pais, crianças e enfermeiros que participaram e contribuíram para a realização deste relatório, pela disponibilidade demonstrada;
- À minha professora orientadora Margarida Lourenço, pelo acompanhamento ao longo destes longos meses, pela disponibilidade, pelas críticas, correções e sugestões relevantes feitas durante as orientações.
- A toda a equipa de enfermagem do local onde exerço funções pela interajuda disponibilizada, pois sem elas não poderia ter iniciado esta etapa profissional e académica.
- Um obrigado especial para a Elsa Soeiro, Rita Melo, Mónica Santos e Vanda Cochicho pela disponibilidade, orientações, ombros amigos, experiências transmitidas e apenas por serem boas ouvintes e pelo reforço positivo muitas vezes transmitido.
- Um obrigado ternurento para a Inês Soeiro, que disponibilizou um dos seus bonecos, para ajudar “os meninos do hospital”
- Ao Dr. José Cabral, Dra. Laura Oliveira e Dra. Isabel Afonso (Equipa de Gastrenterologistas) pela disponibilidade, momentos de descontração, opiniões e sugestões dadas e pelo apoio dado ao longo deste período.
- Aos meus orientadores: Laura Nunes, Elsa Soeiro, Amílcar Alves e Tânia Pereira que me ajudaram a moldar como enfermeira especialista, por todas as orientações, sugestões e críticas e permanente disponibilidade. Ficarão como referência para a minha prestação de cuidados;
- Aos meus verdadeiros amigos que tanto sofreram com a minha ausência, com o “mau-feitio” nos momentos de maior stress mas que sempre me apoiaram neste caminho;
- À Ana Bento, Rita Bessa, Rosália Nascimento e Sónia Janganga, colegas, amigas e parceiras pelo companheirismo que se manteve ao longo de todo o percurso, pela compressão deste processo;

- À minha amiga Dulce Duarte pelo acompanhamento ao longo destes meses e pelas sábias críticas, que muito me ajudaram nos momentos em que tudo parecia “escuro”
- À D.Dulce Barreto da biblioteca do HDE pela valiosa ajuda em apoio bibliográfico que contribuiu para a realização deste relatório.
- Aos excelentes pais que tenho pela compreensão, ternura manifestada, aconchego e pelas dóceis palavras, apesar da minha falta de atenção, paciência e ausências. Pelo agrado e orgulho demonstrado pelo meu trabalho e pelos meus resultados ao longo deste percurso, pois é com este estímulo que impulsiona o querer fazer cada vez mais e melhor.
- À minha querida irmã, cunhado e sobrinho por todo o apoio incondicional, pelos sorrisos e pela compreensão.
- Ao meu noivo, João Gomes, que me incentivou e apoio incondicionalmente a iniciar este percurso. Sempre me estimulou, elogiou e me ajudou através da partilha de experiência, pela escuta dos medos e receios e pela incalculável paciência ao longo destes meses.
- A mim, pela minha coragem, determinação, persistência que me permitiu concluir este trabalho.

Por fim dedico este relatório aos maravilhosos pais que tenho e ao meu noivo, por terem acreditado sempre em mim, ajudando-me a levantar quando julgava já não ter forças para continuar.

...O MEU MUITO OBRIGADA!!!

LISTA DE SIGLAS

APSI – Associação Portuguesa para Segurança Infantil

CCF – Cuidados Centrados na Família

CHLC – Centro Hospitalar de Lisboa Central

DGS – Direção Geral de Saúde

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

HDE – Hospital Dona Estefânia

HSAC – Hospital Santo António dos Capuchos

INE – Instituto Nacional de Estatística

IRJ – Instituto Ricardo Jorge

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

MAC – Maternidade Alfredo da Costa

MAR – Modelo de Adaptação de Roy

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

PEG – Gastrostomia Percutânea Endoscópica

PNV – Plano Nacional de Vacinação

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RN – Recém-nascido

SEPA - Sociedade Europeia de Pediatria Ambulatória

SNG – Sonda Nasogástrica

SNIPSI - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SPM – Serviço Pediatria Médica

SRSLVL – Sub-Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UCERN – Unidade de Cuidados Especiais Respiratórios e Nutricionais

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

UIA – Unidade de Intervenção Ambulatória

USF – Unidade de Saúde Familiar

USFM – Unidade de Saúde Familiar Marginal

LISTA DE ABREVIATURAS

Ed. – Edição

Enf. – Enfermeiro

n.º - Número

p. – Página

Sr. – Senhor

Sr.^a. - Senhora

Vol. – Volume

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	19
1. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	23
1.1. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	26
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	31
3. MÓDULOS DE ESTÁGIO	37
3.1. MÓDULO I – PROMOÇÃO DA ADAPTAÇÃO DA CRIANÇA E FAMÍLIA À DOENÇA CRÔNICA GASTROINTESTINAL COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE ALIMENTAÇÃO NA COMUNIDADE.....	37
3.1.1. Consulta de Enfermagem Pré-Operatória	37
3.1.2. Unidade de Saúde Familiar Marginal	41
3.2. MÓDULO II – PROMOÇÃO DA ADAPTAÇÃO DA CRIANÇA E FAMÍLIA À DOENÇA CRÔNICA GASTROINTESTINAL COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE ALIMENTAÇÃO EM SITUAÇÃO DE INTERNAMENTO – CONTEXTO DE TRABALHO.....	51
3.3. MÓDULO III – PROMOÇÃO DA ADAPTAÇÃO DA CRIANÇA E FAMÍLIA À DOENÇA GASTROINTESTINAL CRÔNICA COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE ALIMENTAÇÃO EM SITUAÇÃO CRÍTICA. 61	
3.3.1. Urgência Pediátrica do HDE	61
3.3.2. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do HDE	66
4. CONCLUSÃO	73
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
ANEXOS	85
Anexo I – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância: Ficha de Referenciação.....	87
Anexo II - Sessão de formação “Gastrostomia: a criança com necessidades básicas de alimentação”	91
Anexo III - Folheto “Criança com Gastrostomia no domicílio”	113
Anexo IV – Folheto “A criança com necessidades básicas de alimentação”	117

Anexo V – Sessão de formação “Plano nacional de vacinação: A importância da vacinar as nossas crianças” e “Comer com saber... dá saúde e faz crescer: A diversificação alimentar no 1º ano de vida”	121
Anexo VI - Sessão de formação “A prevenção é a vacina dos acidentes: Prevenção de acidentes dos 0 aos 3 anos”.....	155
Anexo VII – Cartaz informativo “A prevenção é a vacina dos acidentes: prevenção de acidentes no 1º ano de vida”	177
Anexo VIII – Folha de continuidade dos cuidados da criança/família com Gastrostomia	181
Anexo IX – Folheto “A criança com Gastrostomia no domicílio: O que fazer em caso de sonda de Gastrostomia/Botão se exteriorizar acidentalmente”	185
Anexo X - Folhetos “Exames Gastrenterológicos”	189
Anexo XI – Questionário à equipa de enfermagem sobre a necessidade em adquirir conhecimentos sobre o tema em estudo	199
Anexo XII – Cartaz informativo “Prevenção de acidentes: Mantenha as suas crianças em segurança e proteja-as. Afaste-as dos produtos tóxicos”	205
Anexo XIII – Questionário à equipa de enfermagem sobre as necessidades de formação	209
Anexo XIV – Sessão de formação “Ingestão de cáustico na pediatria” e “A doença celíaca”	213
Anexo XV – Sessão de formação “O que é a Gastrostomia”	247
Anexo XVI – Sessão de formação “Cuidados de manutenção à criança com sonda de Gastrostomia/Botão”	265
Anexo XVII – Folha de articulação de cuidados de enfermagem: Transferência para serviço de adultos	277
Anexo XVIII – Questionário aos pais “A importância que atribuem à existência de um espaço de partilha de informação para explicação de procedimentos”	281
Anexo XIX – Folheto “Cuidados ao utente pediátrico com sonda/botão de Gastrostomia”.....	291
Anexo XX – Sessão de formação “Gastrostomia: Atuação do enfermeiro no SUP” .	295
Anexo XXI – Norma “Cuidados à criança com gastrostomia” e “Sonda de gastrostomia exteriorizada”	313

Anexo XXII – Cartaz informativo “Proteja o seu filho dos acidentes em casa”	323
Anexo XXIII – Questionário aos pais de crianças com estomas	327
Anexo XXIV – Manual “O meu filho/a tem um estoma: o que preciso de saber” ...	333
Anexo XXV – Folha de articulação de cuidados de enfermagem de crianças com estomas intestinais.....	339
Anexo XXVI – Questionário à equipa de enfermagem sobre necessidades de formação	343
Anexo XXVII – Sessão de formação “Atuação do enfermeiro na UCIN ao recém-nascido e família com gastrostomia”.....	349
Anexo XXVIII –Kit “O meu filho tem uma gastrostomia: o que preciso de saber?”	461

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Critérios para formulação da pergunta PICOS.....	23
Quadro 2 – Critérios de inclusão e exclusão dos estudos/artigos pesquisados.....	23
Quadro 3 – Fonte 1.....	24
Quadro 4 – Fonte 2.....	24
Quadro 5 – Fonte 3.....	25
Quadro 6 – Fonte 4.....	25

0. INTRODUÇÃO

A elaboração deste trabalho surge no âmbito da unidade curricular Relatório inserida no Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional, na área de Especialização em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, sob orientação da Sr^a. Professora Margarida Lourenço, para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem. A área temática selecionada para o estudo foi o desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) como promotor da *“Adaptação da criança/família à doença crónica gastrointestinal com necessidades especiais de alimentação”*. A Ordem dos Enfermeiros (OE), no regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, sugere a adoção do conceito de enfermeiro especialista como sendo aquele

“ (...) com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem,(...) que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção” (2010a, p. 2).

Assim o EESIP tem como competência facilitar a adaptação à doença crónica, com posterior inclusão da criança/família na sociedade, através de ensinamentos e treinos individualizados, prevenindo o isolamento e promovendo a autonomia, independência e o regresso a casa, melhorando a qualidade de vida. BENNER (2001), afirma que o enfermeiro especialista, é considerado como enfermeiro perito, pois é ele que detém um conhecimento aprofundado e percetivo de cada situação particular, tendo a capacidade de prestar cuidados individualizados.

Cuidar é uma prática inerente ao Enfermeiro, mas cuidar de uma criança é algo complexo, abrangente e pormenorizado, tendo que o EESIP assegurar a satisfação das suas necessidades. Sendo a criança um ser frágil em crescimento e desenvolvimento, encontra-se dependente de todo o ambiente que a rodeia podendo este influenciar de forma positiva ou negativa o seu desenvolvimento.

Atualmente o cuidar centra-se na criança e na sua família, ao contrário do que se verificava em anos anteriores, em que os cuidados se centravam apenas na patologia. Assim, ao abordarmos a população pediátrica, torna-se imprescindível o envolvimento da família, sendo esta uma constante na vida da criança, construindo assim uma tríada entre enfermeiro-criança-pais. O Programa Tipo de Atuação da Direção Geral de Saúde

(PORTUGAL, DGS. 2002) menciona que o reconhecimento dos pais como parceiros e primeiros prestadores de cuidados no autocuidado é um aspeto prioritário, que leva a um menor número de hospitalizações destas crianças (HOCKENBERRY e WILSON, 2011). Para que haja o envolvimento da família há que individualizar os cuidados, pois cada uma é única, com necessidades distintas levando assim a uma prática de cuidados de qualidade, suportado pelo artigo 89.º da Humanização dos Cuidados, do Código Deontológico do Enfermeiro (NUNES, AMARAL e GONÇALVES, 2005). Como refere JORGE (2004, p. 19) “é nos seus familiares que a criança obtém o suporte de que necessita no que diz respeito aos cuidados físicos, psicológicos, formação educacional e social, e apoio emocional”.

Selecionei esta temática por: exercer funções numa unidade de gastroenterologia infantil; ser um tema de grande interesse em ser explorado, devido à escassa literatura sobre ele; e porque a alimentação é uma necessidade fisiológica, relacionada com o organismo, que se encontra na base da pirâmide de Maslow, sendo de extrema importância satisfazê-la, pois contribui para proporcionar um crescimento e desenvolvimento adequados, principalmente ao abordarmos a população pediátrica (OPPERMAN e CASSANDRA, 2001; HOCKENBERRY e WILSON, 2011). Segundo BRAZELTON e SPARROW (2009, p.13) “alimentar os filhos é uma missão sagrada para os pais”, sendo uma preocupação mesmo antes do nascimento da criança.

Em Portugal em 2005, segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2009), a população com idade inferior a 15 anos portadora de doença crónica era cerca de 25% e segundo DUARTE DA NOBREGA, et al. (2010) e SILVA, et al. (2010) a prevalência de doença crónica tem vindo a aumentar nas últimas décadas, justificando a pertinência deste tema. As doenças crónicas gastrointestinais que levam a alterações a nível fisiológico, como a alimentação, poderão trazer incapacidades e modificações à criança e família, levando a alterações nas oportunidades evolutivas desta, condicionando o seu crescimento, exigindo readaptações e estratégias para fazer frente à nova condição de saúde (HOCKENBERRY e WILSON, 2011; LISSAUER e CLAYDEN, 2009). Desta forma e segundo o Ministério da Saúde (PORTUGAL, 2007 p.2), torna-se pertinente abordar este tema e como enfermeiros, “temos o dever de procurar garantir que os serviços funcionem como âncora, neste mar agitado, garantindo tratamento adequado,

atendimento humano e fornecendo informação clara e adequada aos utentes, às famílias e aos cuidadores”. Um dos objetivos prioritários da intervenção do enfermeiro, que aborda o Programa Nacional de Saúde dos Jovens da DGS (2006-2010) (PORTUGAL, 2006b) é que as crianças com necessidades especiais, nomeadamente doença crônica, necessitam de uma atenção particular para um desenvolvimento equilibrado e saudável, sendo um desafio para os serviços de saúde. Paralelamente, o enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica tem como competência, promover a adaptação da criança/família à doença crônica, sendo que em cada contexto específico terá de desenvolver e adaptar as suas competências. Ao abordar este tema, compreenderei a importância da atuação do enfermeiro especialista, servindo como “âncora”, de forma a minimizar o impacto que esta situação poderá trazer a nível familiar e social.

O presente documento resulta de um processo de reflexão crítica do meu desempenho ao longo de todo o processo, onde evidencio, fundamento e justifico o meu desenvolvimento, tendo realizado paralelamente pesquisa bibliográfica de modo a fundamentar a prática. Tem como objetivo descrever, dando a conhecer, o caminho percorrido ao longo dos diferentes estágios inerentes à Unidade Curricular Estágio, em diversos contextos, enumerando as atividades desenvolvidas bem como descrevendo e justificando as competências do EESIP adquiridas. Tem ainda como objetivo refletir sobre as várias atividades e competências adquiridas ao longo deste percurso, bem como o seu impacto no meu desenvolvimento pessoal e profissional como futura enfermeira especialista, demonstrando capacidade de análise crítica e de autoavaliação. A Unidade Curricular é constituída por três módulos distintos, abrangendo vários contextos, contribuindo para a aquisição de competências de enfermeiro especialista em diferentes âmbitos da prática, alargados e multidisciplinares, cooperando para a excelência e qualidade dos cuidados prestados. A seleção dos locais de estágio baseou-se fundamentalmente com o tema em estudo e no local onde exerço funções. Assim sendo os locais escolhidos foram a Unidade de Saúde Familiar Marginal (USFM), na comunidade e os restantes no Hospital Dona Estefânia (HDE), onde exerço funções, visto esta poder ser também uma oportunidade de conhecer outras realidades do hospital, bem como outras equipas, projetos e modos diferentes de trabalhar, facilitando uma futura articulação com os mesmos. Assim o primeiro módulo correspondente à

comunidade teve lugar em dois locais distintos, sendo o primeiro na consulta pré-operatória do HDE (3 dias) e o segundo na UFSM, em São João do Estoril, entre 23/04/2012 a 23/06/2012. O módulo referente ao internamento foi executado em contexto de trabalho na Unidade de Intervenção Ambulatória (UIA) no HDE, entre 20/09/2012 a 10/11/2012. Por último o terceiro módulo que engloba o utente em situação crítica diverge em dois locais, sendo o primeiro período realizado no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), entre 12/11/2012 a 7/12/2012 e o segundo na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), entre 10/12/2012 a 18/01/2013.

O relatório é assim constituído por um primeiro capítulo onde efetuou a revisão sistemática da literatura, abordando os conceitos chave referentes ao tema em estudo, de modo a aglomerar as evidências científicas da pesquisa efetuada, guiando a prática clínica e norteando o desenvolvimento deste relatório; seguidamente é efetuado um breve enquadramento teórico da área temática selecionada, fazendo alusão ao modelo teórico que serviu de sustentação à sua prática. O capítulo seguinte aborda os diferentes contextos da prática, percorridos e vivenciados, os objetivos específicos bem como as atividades inerentes a cada um deles, finalizando com as competências do EESIP adquiridas.

Para terminar, surgem as considerações finais onde menciono e reflito sobre o que este percurso ao longo destes largos meses me trouxeram para a minha construção como futura enfermeira especialista e também para o meu desenvolvimento pessoal, seguidas pela apresentação sumária da pesquisa bibliográfica utilizada segundo a metodologia científica¹ e por fim os anexos, que contêm e demonstram todos os trabalhos por mim elaborados ao longo desta Unidade Curricular Estágio.

¹ AZEVEDO, C.M., AZEVEDO, A.G. – Metodologia Científica – Contributos Práticos Para a Elaboração de Trabalhos Académicos. Lisboa. Universidade Católica Editora, 2006.

1. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Esta revisão surgiu como norteadora para a realização deste relatório e no sentido de sistematizar o estado do conhecimento, tendo formulado a questão de investigação partindo do método PICO(S) aplicado ao tema (Quadro 1):

Quais as intervenções de enfermagem promotoras da adaptação da criança/família à colocação de gastrostomia?

Quadro 1 - Critérios para formulação da pergunta PICOS

PICO(S)			Palavras-Chave
<u>P</u> opulação	Quem foi estudado?	Criança e cuidadores com gastrostomia	<ul style="list-style-type: none"> • Criança/Cuidadores; Child/Caregiver • Gastrostomia/Gastrostomy • Enfermeiro/Nursing
<u>I</u> ntervenção	O que foi feito?	Intervenções de Enfermagem	
<u>C</u> omparação / Confrontar	Pode existir ou não?		
<u>O</u> tcome (resultados)	Resultados/consequências	Adaptação da Criança/Família à gastrostomia	
<u>S</u> tudy	Tipo de Estudo	Qualitativo e Quantitativo	

Assim, tendo por base a pergunta de investigação foram determinados os critérios de inclusão e exclusão de estudos para a realização da revisão sistemática da literatura (Quadro 2):

Quadro 2 - Critérios de inclusão e exclusão dos estudos/artigos pesquisados

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
<ol style="list-style-type: none"> 1. Apresentar os conceitos Gastrostomia, e/ou criança/cuidadores no título 2. Ter sido publicado entre janeiro 2009 e Janeiro de 2013; 3. Ser referente a crianças e/ou famílias com gastrostomia 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Publicações de artigos em outros idiomas que não o inglês, português ou espanhol; 2. Estudos sem evidência científica

Para a identificação e seleção dos estudos relevantes a incluir nesta revisão, foi realizada a pesquisa de artigos nas bases de dados: EBSCO, B-On, e PubMed. Esta pesquisa foi efetuada a 04, 05 de Fevereiro e a 20, 21 de Março de 2013 num universo de artigos publicados entre 2009 e 2013, recorrendo às seguintes palavras-chave: **Criança/Cuidador; Gastrostomia; Enfermeiro.** Foram procurados artigos científicos

publicados em texto integral e como resultado das intersecções, em conjunto de três, entre as palavras-chave “Gastrostomy” AND “Child” AND “Caregiver”, chegando a um total de 92 artigos na base de dados Ebsco e 41 na PubMed. Após uma primeira leitura dos títulos dos artigos e resumos, foram selecionados 3 artigos, de acordo com os critérios de inclusão (2 e 3) e exclusão (2). Na base de dados B-On, como resultado da interação entre as palavras-chave “Gastrostomy” AND “Caregiver” foram encontrados 297 artigos. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 8. De seguida procedi à leitura integral dos 12 artigos seleccionados, verificando que apenas 4 cumpriam os critérios de inclusão e exclusão delineados. No que diz respeito aos 4 artigos filtrados, tendo como objetivo a análise final, construí quadros resumindo a evidência científica recolhida fazendo alusão aos autores, ano, título, método e resultados obtidos.

Quadro 3 – Artigo 1

Autores	YEH, Lily; FETZER, Susan; CHEN, Shu-Yin; LU, Feng-Hwa; CHUANG, Chiao-Hsiung; CHEN, Ching-Huey
Ano	2013
Título	Percutaneous Endoscopic Gastrostomy Placement: Caregiver Decision making in Taiwan
Métodos	Estudo fenomenológico, com entrevistas semiestruturadas com uma amostra de 26 cuidadores de utentes com PEG no sul de Taiwan.
Resultados	Para capacitar os cuidadores a tomarem decisões relacionadas com a alimentação enteral, os enfermeiros devem fornecer informações sobre PEG e os cuidados a ter, apoiar a tomada de decisão e ajudar a identificar a melhor altura para colocar a sonda de gastrostomia.

Quadro 4 – Artigo 2

Autores	FEREDAY, Jennifer; THOMAS, Chris; FORREST, Alison; DARBYSHIRE, Philip
Ano	2009
Título	Food for thought: investigating parents’ perspectives of the impact of their child’s home enteral nutrition (HEN)
Métodos	Estudo qualitativo fenomenológico, com entrevistas semiestruturadas. Amostra intencional de 34 pais de crianças com sonda nasogástrica ou gastrostomia com idade entre 8 meses e 18 anos.

Resultados	Os resultados deste estudo enfatizam a necessidade de considerar as necessidades e experiências dos pais e fornecer informação e apoio, melhorando o bem-estar da criança e família.
-------------------	--

Quadro 5 – Artigo 3

Autores	MARTÍNEZ-COSTA, C.; BORRAZ, S; BENLLOCH, C.; LOPEZ-SÁIZ, A.; SANCHIZ, V.; BRINES, J.
Ano	2011
Título	Early decision of gastrostomy tube insertion in children with severe developmental disability: a current dilemma
Métodos	Questionário Estruturado realizado por telefone a pais/cuidadores de 26 crianças com alterações de alimentação com gastrostomia. Estudo longitudinal para avaliar posteriormente os dados antropométricos
Resultados	91% dos pais/cuidadores revelam satisfação com o procedimento (colocação de gastrostomia). 87% revela que teria aceite o procedimento mais cedo, se tivessem sido informados dos benefícios pelos profissionais de saúde.

Quadro 6 – Artigo 4

Autores	BROTHERTON, Alisa; ABBOTT, Janice
Ano	2012
Título	Mothers' Process of Decision Making for Gastrostomy Placement
Métodos	Abordagem qualitativa com utilização de entrevistas a 20 mães cujos filhos são alimentados através de uma gastrostomia. Amostra intencional de modo a assegurar um bom intervalo de idade das crianças (1 a 14 anos) e a maior amplitude de patologias. O local das entrevistas foi selecionado pelas mães.
Resultados	O processo de tomada de decisão para a colocação de gastrostomia, é influenciado pelas experiências e compreensão do procedimento pelas mães, que juntamente com as informações dos profissionais de saúde leva a uma tomada de decisão final. Assim os profissionais de saúde devem apoiar as mães garantindo que os processos de tomada de decisão são melhorados para a colocação de gastrostomia em crianças são significativamente melhoradas.

1.1. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os alimentos e os líquidos são fundamentais para sustentar a vida e ao abordarmos a população pediátrica, torna-se essencial falarmos da necessidade de nutrição, pois o corpo necessita de uma nutrição adequada de modo a manter a sua função e crescimento, sendo um aspeto de extrema importância e de preocupação para os pais (FEREDAY et al., 2009; BROTHERTON e ABBOTT, 2012). No entanto devido a problemas de saúde, como alterações na deglutição, essencialmente em crianças com paralisia cerebral, a alimentação não ocorre de um modo fisiológico, pois as crianças não são capazes de uma ingestão nutricional adequada, em que os pais começam a aperceber-se que ela não cresce adequadamente, sendo necessário iniciar alimentação entérica, com a colocação de uma sonda de gastrostomia – PEG (Gastrostomia Percutânea Endoscópica) (FEREDAY et al., 2009; BROTHERTON e ABBOTT, 2012; YEH et al., 2013). A transição para a alimentação entérica é considerada um conflito de decisão, caracterizado por um período de incerteza, tensão e encarado como um “fracasso” dos pais por serem incapazes de alimentar a criança, acarretando implicações psicológicas para eles, pois a possibilidade de alimentar a criança é considerada mesmo antes do nascimento, através da esperança de amamentar, sendo uma das poucas coisas normais que fazem com filhos e que ajuda a formar um forte vínculo emocional (FEREDAY et al., 2009; GUNTON-BUNN e MCNEE, 2009; MAHANT, JOVCEVSKA e COHEN, 2011; BROTHERTON e ABBOTT, 2012).

Nos estudos de FEREDAY et al. (2009); MARTÍNEZ-COSTA et al. (2011) e BROTHERTON e ABBOTT (2012) a alimentação por gastrostomia tem aumentado significativamente na última década, sendo cada vez mais usada para a resolução de problemas de desnutrição e crescimento em crianças com deficiências neurológicas, o que também foi constatado através da revisão efetuada por GUNTON-BUNN e MCNEE (2009). Esta alimentação, ao ser realizada no domicílio, tem reduzido consideravelmente o tempo de hospitalização das crianças com doenças crónicas, aumentando a sua esperança de vida (MARTÍNEZ-COSTA et al., 2011). Após a colocação de PEG haverá uma melhoria do conforto e da aparência dos utentes, mas também do seu estado nutricional, redução do tempo despendido na alimentação, ganho de peso e crescimento, sendo uma vantagem quando comparado com a sonda

nasogástrica (FEREDAY et al., 2009; MARTÍNEZ-COSTA et al., 2011; YEH et al., 2013). É também evidenciado no estudo de MARTÍNEZ-COSTA et al. (2011) que mais de 50% dos pais referiram a diminuição das infeções respiratórias e 91% relatam níveis de satisfação elevado, sendo que o cuidar da criança e a dinâmica familiar melhorou consideravelmente. No entanto apesar de todos os benefícios, esta transição implicará tempo para que os pais se possam adaptar à nova situação, sendo que FEREDAY et al. (2009) no seu estudo constatou que os pais preferiam iniciar com a Sonda Nasogástrica (SNG) passando posteriormente para a gastrostomia, adaptando-se gradualmente à ideia de não alimentarem o filho normalmente, perdendo as rotinas familiares como o sentar juntos à hora da refeição. MARTÍNEZ-COSTA et al. (2011) afirmam que o atraso na aceitação do procedimento está muitas vezes relacionado com o facto de este ser encarado pelos cuidadores como um passo final na evolução da criança e não como uma melhoria do estado clínico e do bem-estar da família.

A decisão da colocação da gastrostomia é um processo complexo e com alterações emocionais para as mães, que habitualmente são os cuidadores principais, devido ao medo do futuro e de possíveis complicações (MARTÍNEZ-COSTA et al., 2011). Tudo isto envolverá uma mudança a nível emocional, físico e psicossocial para o cuidador e sua família, sendo uma alteração significativa no cuidado e uma responsabilidade acrescida para os profissionais de saúde, pois esta tomada de decisão para a colocação de gastrostomia, necessita de ser informada e esclarecida, mas por vezes existe falta dessa informação ou é transmitida tardiamente, tal como referiram YEH et al. (2013) e MAHANT, JOVCEVSKA e COHEN (2011). No entanto MARTÍNEZ-COSTA et al. (2011) referem que através do seu estudo, constataram que foi fornecido o aconselhamento necessário pelos profissionais de saúde, essencialmente quando ainda era possível resolver os casos de desnutrição. No mesmo estudo é enfatizado pelos cuidadores o suporte de elevada qualidade fornecido pela equipe do hospital (médicos pediatras, nutricionistas e enfermeiros), formação adequada bem como fornecimento de material. Por outro lado, existem estudos que relatam que os cuidadores sentem que os profissionais de saúde deviam fornecer ativamente informações sobre a alternativa PEG focando os riscos e benefícios, sendo significativa e determinante, para o processo de tomada de decisão, para que assim pudessem beneficiar da sua utilização

antecipadamente, evitando a dor e desconforto dos pacientes, pois muitos relatam que tiveram eles próprios de procurar informação e aconselhamento com os profissionais de saúde (MARTÍNEZ-COSTA et al., 2011; YEH et al., 2013). 87% das famílias entrevistadas no estudo de MARTÍNEZ-COSTA et al. (2011), apesar de referirem ter tido apoio pela equipa de saúde, reconhecem que teriam aceite o procedimento precocemente se pudessem ter previsto os seus benefícios. Na pesquisa efetuada por GUNTON-BUNN e MCNEE (2009) constataram que vários estudos revelam que os cuidadores não recebem apoio profissional durante o processo de tomada de decisão causando sentimentos de frustração, ansiedade e medo e por vezes a complexidade da situação não é considerada pelos profissionais, sendo que a equipa multidisciplinar não consegue comunicar adequadamente com os pais. O mesmo é referido na revisão de MAHANT, JOVCEVSKA e COHEN (2011) em que as informações, os benefícios, riscos e efeito potencial da alimentação por gastrostomia são frequentemente identificadas como inadequados, levando assim à falta de informação.

Os pais sentem-se incapacitados de lidar com toda a situação, sendo o papel dos profissionais de saúde trabalharem em estreita colaboração com eles, tendo conhecimento das suas preocupações, demonstrando-lhes que são vitais e cruciais para a resolução do problema, procurando estratégias para os ajudar e capacitando-os para tomar a decisão que eles acreditam de ser o melhor para os filhos (GUNTON-BUNN e MCNEE, 2009). Esta transição pode ser facilitada, se os profissionais de saúde proporcionarem momentos de partilha de experiências entre grupos de pares, através de uma linguagem não técnica, sendo após a revisão efetuada por GUNTON-BUNN e MCNEE (2009), um aspeto importante para a tomada de decisão, pois a partilha de experiências com famílias de crianças sujeitas ao mesmo procedimento anteriormente, através da exposição de medos, podem ser catalisadoras do processo de adaptação (MAHANT, JOVCEVSKA e COHEN, 2011). O mesmo é referido no estudo de MARTÍNEZ-COSTA et al. (2011) em que a união de pais de crianças candidatas à gastrostomia com os pais de crianças que já implementaram o procedimento, pode facilitar o processo de aceitação. O apoio dos pares é valorizado, na medida em que ajuda os outros a lidar com atitudes negativas e comportamentos exibidos por alguns membros do público e até da família e amigos (FEREDAY et al., 2009).

Na prática clínica os profissionais de saúde desempenham um papel crucial, devendo alertar os cuidadores que a alimentação por gastrostomia é um procedimento seguro, devendo ser aplicado precocemente evitando a deterioração do estado nutricional e melhorando a situação global da criança (MARTÍNEZ-COSTA et al., 2011). BROTHERTON e ABBOTT (2012) referem que os profissionais de saúde devem compreender a complexidade da tomada de decisão na perspectiva das mães, sendo o maior desafio, alcançar um entendimento mútuo através da negociação. Os médicos, sendo os profissionais responsáveis pela transmissão da necessidade de colocação de gastrostomia, devem reconhecer a importância que este processo tem a nível familiar, identificando os princípios que estão na base da tomada de decisão, devendo ter tempo para compreender a perspectiva da mãe no processo de tomada de decisão bem como os seus medos, anseios e esperanças, oferecendo apoio adequado após a colocação de gastrostomia (BROTHERTON e ABBOTT, 2012). A colocação de gastrostomia traz também mudanças a nível social, em que os enfermeiros devem estar habilitados para considerarem o seu papel mais amplo em relação ao educar e influenciar as atitudes a nível social, trabalhando para a ampliação das perspectivas da comunidade do que é “normal”, especialmente em relação ao número de crianças com problemas de saúde, que se encontram em domicílio (FEREDAY et al., 2009). Pois no mesmo estudo os pais descreveram que, o principal problema é o impacto psicossocial, em que uma simples viagem de compras pode ser angustiante, devido aos comentários depreciativos a que estão sujeitos, sendo que este processo leva a alterações na vida familiar, entre os cônjuges e os outros filhos, influenciando todas as áreas do sistema familiar.

Existe uma lacuna na prestação de serviços para as famílias que realizam este procedimento, emergindo o “*trabalhador chave*”, que é uma pessoa nomeada para coordenar os serviços prestados a um paciente e à sua família, sendo um elo de ligação, fornecendo apoio emocional, informativo e jurídico, bem como coordenação de serviços para melhorar o atendimento e assegurar uma transição positiva para a alimentação a nível entérico, sendo a enfermeira o melhor profissional para assumir este papel (GUNTON-BUNN e MCNEE, 2009). É a enfermeira que tem um conhecimento profundo da criança e das suas necessidades, estabelecendo uma relação regular e de longo prazo com a família, sendo que estas famílias recebem serviços de melhor

qualidade, sentem-se mais motivados e menos desapeados. Segundo o estudo de FEREDAY et al. (2009) as famílias necessitam de apoio prático e emocional, para que os pais tenham uma preparação adequada de modo a poderem aprender e gerir os cuidados à criança com gastrostomia e prepararem-se psicologicamente antes de esta nova forma de alimentação ser introduzida, por esta poder ser vista como um fracasso dos pais por não serem capazes de alimentar a criança (FEREDAY et al., 2009). De modo a facilitar esta transição os profissionais de saúde precisam de avaliar a disponibilidade dos pais para realizar este procedimento, e implementar estratégias facilitadoras, iniciando por exemplo por uma sonda nasogástrica antes de uma sonda de gastrostomia. O fornecimento de informação relacionada com o gerir e solucionar os problemas referentes à sonda nasogástrica ou de gastrostomia é um papel fundamental, desempenhado pelos enfermeiros, que por vezes é inexistente (FEREDAY et al., 2009).

A prática futura pode ser melhorada, assegurando que as crianças e as suas famílias tenham o apoio necessário durante este período difícil (GUNTON-BUNN e MCNEE, 2009). Os enfermeiros devem atuar de modo a facilitarem a adaptação à gastrostomia, sendo os elementos-chave que proporcionam educação e suporte emocional e social, facilitando a integração destas crianças na sociedade; realizando ensinamentos sobre como solucionar os problemas; proporcionando momentos de partilha com o grupo de pares e trabalhando em parceria com as famílias melhorando e aperfeiçoando os cuidados.

Esta pesquisa permitiu-me compreender a importância do enfermeiro como promotor da adaptação da criança/família à gastrostomia, através da identificação de intervenções de enfermagem catalisadoras dessa adaptação. Seguidamente, de modo a dar continuidade ao tema em estudo, efetuei uma breve abordagem crítica sobre o modelo orientador, da prática de cuidados e consequente desenvolvimento deste relatório.

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

As intervenções de Enfermagem, que irão promover a adaptação da criança/família à doença crónica com necessidades especiais a nível da alimentação, têm como conceito central e essencial, o cuidar, abrangendo todas as ações que promovam o crescimento e desenvolvimento desta população pediátrica. Cuidar é um ato inerente a todas as pessoas pois todos nós, em algum momento da nossa vida, somos cuidados ou cuidamos de alguém. “Desde que surge a vida que existem cuidados, porque é preciso «tomar conta» da vida para que ela possa permanecer (COLLIÉRE, 1999, p.27). Nesta curta citação torna-se evidente a antiguidade, a necessidade e a principal função do cuidar, com o objetivo de manter a vida. No cuidado de Enfermagem Pediátrico o enfermeiro deve ajudar a criança e família a compreender o sentido da experiência de doença e a sua adaptação a esta nova condição de vida. O objetivo, do tema em estudo, assenta na compreensão e nível de resposta a uma necessidades específica da criança/família – a alimentação – pois “ (...) cuidar requer conhecimento do comportamento humano e respostas humanas para problemas de saúde atuais ou potenciais; conhecimento e compreensão das necessidades individuais (...), as suas forças e limitações, o significado da situação para ela” (WATSON, 2002, p.129). Os cuidados de Enfermagem têm assim como alvo as pessoas que estão a viver uma transição, antecipando ou ajudando-as a responder à mesma, entendendo-se como transição a mudança no estado de saúde da pessoa, nos papéis desempenhados, nas expectativas e nas competências, resultando em alterações nos sistemas corporais (MELEIS, 1991). A Ciência de Enfermagem, deverá assim debruçar-se sobre o modo como os indivíduos ultrapassam estes períodos de transição, intervindo para

“promover os processos de readaptação, (...) satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades de vida (...) adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores (...) otimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados (OE, 2002, p.8-9)

Durante o processo de transição a pessoa pode manifestar diversos comportamentos, sendo necessário adquirir novos conhecimentos e competências, permitindo uma mudança e ajuste dos comportamentos (MELEIS, 1991). Pretendo assim com este relatório, demonstrar a importância do EESIP ao ajudar a criança/família a ultrapassarem

e adaptem-se a esta transição, promovendo o desenvolvimento saudável da criança através da promoção da alimentação e do papel parental sobre este fenómeno. O EESIP deve assim promover a adaptação a esta condição através da identificação das necessidades da criança/família, capacitando-as para a adoção de estratégias de coping, facilitando o suporte familiar e transmitindo informações relativamente ao estado da criança, de acordo com o grau de compreensão da família.

A criança, pela sua vulnerabilidade, ao vivenciar esta transição, ao ser-lhe diagnosticada uma doença crónica, leva a que passe por momentos geradores de stress, devido às sucessivas hospitalizações e às alterações a nível do desenvolvimento. As intervenções de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, promotoras da adaptação, deverão ter como premissa a parceria de cuidados, pois são os pais que melhor conhecem a criança sendo a sua presença crucial. Os Cuidados Centrados na Família (CCF) são fundamentais, sendo utilizadas estratégias, por parte dos profissionais de saúde, que permitam a inclusão destes em todo o processo de cuidar da saúde e o aperfeiçoamento das intervenções com eles (SILVEIRA, ANGELO e MARTINS, 2008). No Regulamento das Competências Específicas do EESIP (OE, 2010b), vem descrito que este tem a competência de implementar e gerir um plano de saúde em parceria e promotor da parentalidade, em que negocia a participação da família no processo de cuidar, desenvolvendo ensino e instrução de forma a poderem gerir os processos de saúde/doença da criança. Ainda JORGE (2004, p.14) diz que “ são indiscutíveis as vantagens do acompanhamento da criança durante a hospitalização por uma pessoa que seja significativa para ela”, pois são os pais que melhor cuidam da criança, sendo tradutores dos seus sentimentos. Esta filosofia de CCF está assente numa relação entre o enfermeiro e a família baseada no respeito, honestidade, comunicação aberta, colaboração e apoio (HUTCHFIELD, 1999; HOCKENBERRY e WILSON, 2011).

A presença dos pais durante a hospitalização de um filho e a participação nos cuidados têm sido reconhecidas como importantes, necessárias e benéficas para ambos, o que vai ao encontro da Carta da Criança Hospitalizada (INSTITUTO de APOIO à CRIANÇA, 1988) Artigo 2.º em que esta tem direito “ a ter os pais ou seus substitutos, junto dela, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou o seu estado”. Em ambiente hospitalar os enfermeiros devem aceitar o papel dos pais como advogados dos seus filhos, porque por mais que os enfermeiros sejam peritos em pediatria e saúde infantil, são os pais que

vivem o dia-a-dia da criança e que a conhecem melhor (KRISTJÁNSDÓTTIR, 1991 cit por MAGALHÃES, 2011).

Os CCF são uma realidade da enfermagem pediátrica existindo por isso uma relação de confiança, interação e negociação com os pais, em todo o processo de cuidar. Desta filosofia emerge o modelo por mim selecionado, ou seja, o Modelo de Adaptação da Irmã Callista Roy (MAR), como sustentação e referencial teórico para este trajeto, em que a pessoa é vista como um sistema e a sua adaptação à nova condição de saúde dependerá dos estímulos a que está exposta e do seu nível de adaptação aos mesmos. Este Modelo enquadra-se assim no paradigma da integração em que a orientação dos cuidados de enfermagem são direcionados para a pessoa, tomando-a como um todo em inter-relação consigo própria e com o ambiente que a rodeia. O MAR tem por base a teoria da adaptação e a teoria geral dos sistemas.

Como objetivo para a enfermagem, Callista Roy considera no seu modelo, a promoção da adaptação da criança/família à transição saúde-doença vivenciada, em quatro modos distintos de adaptação: **fisiológico** associado aos processos físicos e químicos envolvidos nas funções e atividades do organismo, sendo identificada a nutrição como uma das necessidades básicas da integridade fisiológica; **autoconceito** conjunto de crenças e sentimentos sobre si próprio construído por perceções internas e das reações dos outros (ser físico, e ser pessoal); função do **papel**, sendo a posição que a pessoa ocupa na sociedade, desempenhando papéis primários, secundários ou terciários; **interdependência** envolvem a capacidade de dar aos outros e de aceitar e aceitar deles, amor, respeito, educação, conhecimento, competência (TOMEY e ALLIGOOD, 2004). O MAR apresenta quatro conceitos centrais: a pessoa, o ambiente, a saúde e a enfermagem, sendo a interação entre estes essenciais para que o processo de adaptação ocorra de um modo eficiente e eficaz.

A **Pessoa** é o alvo dos cuidados de enfermagem, ou seja, a criança e família, sendo um sistema adaptativo holístico, com comportamentos que resultam da resposta aos estímulos ambientais a que estão sujeitos, podendo estes ser adaptativos ou ineficazes.

O **Ambiente** apresenta fatores definidos por Roy como focais, contextuais e residuais que afetam o desenvolvimento da criança. Estímulos **focais** são de resposta imediata, tais como a dor; **contextuais**, são influências externas e internas com resposta

positiva ou negativa sobre a situação, contribuindo para o estímulo focal, como o medo e a ansiedade; e **residuais** são fatores externos e internos ambientais com respostas pouco evidentes e claras. Todos estes estímulos ao focarem-se na criança/família poderão levar a uma resposta de adaptação positiva ou negativa, sendo que o nível de adaptação é um ponto em constante mudança (TOMEY e ALLIGOOD, 2004; COELHO e MENDES, 2011).

A **Saúde** é um reflexo da adaptação, resultante da interação da criança/família com o ambiente que a rodeia, de modo a alcançar as metas para a sobrevivência e crescimento (TOMEY e ALLIGOOD, 2004).

A **Enfermagem** é a ciência e a prática que expande a capacidades de adaptação e melhora a transformação ambiental e da pessoa, sendo um sistema de conhecimento em desenvolvimento sobre as pessoas. A enfermagem tem assim o objetivo de atuar para melhorar a interação da pessoa com o ambiente, promovendo a adaptação, contribuindo para a saúde e para a qualidade de vida (TOMEY e ALLIGOOD, 2004).

O MAR tem ainda dois subconceitos em que no regulador, existe uma resposta automática, acionada através dos canais neuro químicos e endócrinos e no cónico processa a informação apreendida, através de processos psicológicos e sociais, para que a criança posteriormente realize a sua resposta (KÉROUAC et al., 1996).

No MAR as pessoas visto serem consideradas como sistemas abertos em interação com o ambiente estão continuamente expostas a estímulos que por sua vez desencadearão respostas de adaptação ou ineficazes

A nível da prática clínica o MAR aplica o processo de enfermagem, tendo como centro dos cuidados a criança/família, composto por seis passos:

1. Apreciação dos comportamentos manifestados nos quatro modos adaptativos
2. Aprecia os estímulos para esses comportamentos, classificando-os (focal, contextual e residual)
3. Diagnóstico de enfermagem sobre o estado de adaptação da pessoa
4. Estabelece metas para promover a adaptação
5. Implementa intervenções de modo a gerir os estímulos
6. Avalia se os objetivos adaptativos foram alcançados.

A meta de enfermagem é promover as respostas de adaptação da criança/família, reduzindo ou anulando as respostas ineficientes e levar a criança/família a uma nova

situação, contribuindo e promovendo a sobrevivência e o crescimento (TOMEY e ALLIGOOD, 2004). Assim a criança/família portadora de uma doença crónica associada a uma necessidade especial de alimentação, sendo uma necessidade fisiológica, com aplicação do MAR, os cuidados de enfermagem poderão ser compreendidos como um estímulo, em que a criança/família irão reagir de um modo adaptativo ou ineficaz, cabendo-nos a nós EESIP adaptáramos a nossa prestação de cuidados, como base no processo de enfermagem, gerindo os estímulos exteriores, promovendo a adaptação da criança/família a esta nova condição de saúde, capacitando a criança/família a desenvolverem mecanismos de coping favorecendo o crescimento e desenvolvimento.

Após esta breve contextualização teórica, que me permitiu compreender o tema em estudo à luz de um modelo teórico, aprofundando o conhecimento sobre o conceito de adaptação, apresentarei o percurso por mim desenvolvido ao longo de vários meses, em diferentes contextos da prática abordando as competências do EESIP adquiridas.

3. MÓDULOS DE ESTÁGIO

Este capítulo é constituído, por uma descrição de cada local de estágio intrínseco a um módulo particular, com respetiva enumeração de objetivos específicos e atividades desenvolvidas, descrevendo e justificando as competências adquiridas do EESIP em cada fase, tendo como ponto de partida o diagnóstico da situação identificado em cada local de estágio. Como objetivo geral e transversal aos diferentes módulos delineei: *Desenvolver competências como Enfermeiro Especialista que promovam a adaptação da criança e família à doença gastrointestinal crónica com necessidades especiais de alimentação.*

3.1. MÓDULO I – PROMOÇÃO DA ADAPTAÇÃO DA CRIANÇA E FAMÍLIA À DOENÇA CRÓNICA GASTROINTESTINAL COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE ALIMENTAÇÃO NA COMUNIDADE

Este módulo de estágio dividiu-se em dois locais distintos, sendo que o primeiro foi realizado na Consulta Externa de Enfermagem Pré-Operatória do HDE e o segundo no âmbito dos cuidados de saúde primários na USFM, em São João do Estoril.

3.1.1. Consulta de Enfermagem Pré-Operatória

Visto trabalhar num serviço de cirurgia de ambulatório do HDE, julguei pertinente passar pela consulta de enfermagem pré-operatória de modo a compreender o trabalho efetuado pelo enfermeiro especialista no auxílio à criança/família na adaptação a uma situação geradora de stress, como é o caso de uma intervenção cirúrgica, desmistificando o procedimento, reduzindo a ansiedade e medos. A consulta pré-operatória, enquadrada na consulta externa do HDE, realizada paralelamente com a consulta de anestesia, tem duas vertentes: consultas de primeira vez, onde não existe experiência prévia com toda a vertente da cirurgia e consultas de validação, onde existem experiências e contatos anteriores com cirurgias, existindo conhecimento. A consulta abrange dois grupos alvo: os pais e criança menores de 5 anos e pais e criança maiores de 5 anos. Pela experiência verbalizada pela equipa de enfermagem, a preparação é realizada de acordo com a idade, nível de desenvolvimento, nível de escolaridade, estado da criança e tipo de cirurgia, o que vai de encontro ao descrito na literatura (BROERING e CREPALDI, 2008).

O objetivo da consulta é possibilitar aos pais e crianças, de compreenderem o que se irá passar, explicando-lhes os procedimentos a que vão ser sujeitos, dando-lhes a informação verdadeira, de forma simples e adequada a cada família, havendo sempre a possibilidade de serem colocadas questões e esclarecidas dúvidas, facilitando a expressão de sentimentos (BRAZELTON, 2006; BROERING e CREPALDI, 2008). Esta consulta tem como meta diminuir a ansiedade e stress dos pais e crianças, através do conhecimento dos procedimentos e de brincadeiras simbólicas. O medo do desconhecido é gerador de ansiedade e stress pois tal como afirma BROERING e CREPALDI (2008), a preparação pode reduzir a ansiedade, comportamentos negativos e inadequados no pós-cirúrgico, sendo eficaz para reduzir a ansiedade dos pais. Segundo BRAZELTON (2006) o papel dos pais é poderem apoiar a criança e ajudá-la a ultrapassar esta situação e aprender com ela, mas antes têm eles próprios de dominar a ansiedade do acontecimento que vai surgir. O objetivo principal desta consulta consiste em promover o sucesso de uma experiência com potencial traumático, pois inerente a esta, surge o sofrimento e a dor. No entanto é necessário verificar se a antecipação das informações não aumentará a ansiedade, pois no caso de consultas de anestesia no próprio dia da cirurgia, a consulta de enfermagem pré-operatória não é efetuada (SALMON, 2006).

Para este local de estágio, que teve uma duração de 3 dias, delineei como **objetivos específicos**:

- Compreender o papel do EESIP na consulta pré-operatória;
- Refletir sobre o contributo que o EESIP dá à equipa de enfermagem da consulta externa;

Pude constatar que a consulta é realizada através de uma entrevista individual, com o envolvimento dos pais/crianças, onde o enfermeiro especialista com quem tive a oportunidade de permanecer, adota uma postura distinta, sendo o acolhimento fundamental para o desenrolar da consulta e eficiência da preparação. O EESIP recebe e acompanha a criança/pais à porta, procurando uma relação empática com estes, apesar do contacto breve e pontual, tendo ainda a perícia de identificar previamente problemas não verbalizados pelos pais/crianças, sendo apenas detetados pela linguagem não-verbal e pela postura adotada. Segundo BENNER (2001) a enfermeira perita age a partir da compreensão profunda da situação global, tendo a capacidade de reconhecer e traduzir o

rosto humano. Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2002) referem que o enfermeiro deve procurar estabelecer uma relação de confiança nas interações estabelecidas, ainda que estas sejam restritas, bem como satisfazer o utente pediátrico/família, empenhando-se para minimizar o impacto negativo que a situação cirúrgica poderá causar, devido às mudanças de ambiente impostas pelas necessidades do processo de assistência à saúde. Constatei, nesta pequena passagem pela consulta pré-operatória, que apesar do contacto curto e pontual, é estabelecida uma relação com as crianças/família, através do diálogo, procurando que este seja informal de modo a fluir naturalmente, em que a criança/pais são esclarecidos sobre os procedimentos pelos quais vão passar, existindo brinquedos, para serem manipulados, relacionados com os procedimentos ("Playmobil" sobre a enfermaria e "Playmobil" sobre o bloco operatório). É explicado todo o circuito percorrido, através de filmes ilustrativos e manipulação de material em tamanho real, como máscaras, roupa de bloco, cateter venoso, entre outros objetos pois segundo BROERING E CREPALDI (2011 p.17), esta informação tem como objetivo “promover a possibilidade de manejar os eventos antecipando-os e compreendendo seus objetivos, seu significado e seu propósito, além de corrigir o que não ficou claro”. A enfermeira informa ainda sobre: a permanência dos pais; importância de trazer o objeto significativo para o hospital; cuidados de higiene no pré-operatório; roupas e materiais a trazer para o hospital; retirar os adornos metálicos; a necessidade e importância do jejum pré-operatório. Existem ainda jogos, dramatizações e histórias de forma a preparar a criança e seu cuidador para a cirurgia a que vai ser submetido. Ainda inerente aos procedimentos a enfermeira refere as várias induções anestésicas que existem, bem como as indicações e vantagens da pré-medicação utilizada, e as medidas não farmacológicas para o alívio da dor. É efetuada a colheita de dados segundo a metodologia de Nancy Roper, abordando as atividades de vida diária de modo a que estas sejam registadas em folha própria garantindo a continuidade dos cuidados e a satisfação das necessidades da criança. Simultaneamente é colhida a história de dor da criança fazendo o treino da Escala de Dor (numérica ou de faces), de acordo com a idade, capacitando-as através de estratégias de adaptação e de controlo de dor no pós-operatório. O enfermeiro especialista cuida a criança e família em situações de especial complexidade, fazendo a gestão apropriada da dor e do bem-estar da criança, garantindo a gestão farmacológica do alívio da dor, tal como vem

mencionado na Carta Europeia dos Direitos da Criança e do Adolescente relativamente à Pediatria Ambulatória, nº6 (SOCIEDADE EUROPEIA de PEDIATRIA AMBULATORIA, 2006 p.2), em que estes devem “Ser protegidos contra a dor e beneficiar de todos os tratamentos preventivos, quer da dor relacionada com a doença, quer daquela resultante de procedimentos e técnicas terapêuticas e de diagnóstico potencialmente dolorosas”. Assim as crianças que após a consulta vão realizar análises, é lhes colocado penso EMLA e explicado a sua importância e efeito, para que não fiquem com experiências dolorosas registadas, facilitando por vezes a aceitação de todos os procedimentos que ocorrem posteriormente.

Na colheita de dados outro aspeto considerado é a cultura e hábitos de vida das crianças/família, pois visto encontrarmo-nos na era da globalização existem cada vez mais culturas diferentes em Portugal, tendo como EESIP de considerar estes aspetos na prestação de cuidados, de modo a desenvolver competências para aceitar, respeitar e tentar satisfazer e adaptar a prática de enfermagem a cada situação específica.

Vejo o papel do EESIP nesta consulta, como um alicerce para a equipa multidisciplinar e o enfermeiro de referência para a criança/família, sendo que é ele que apresenta uma visão global da família conseguindo identificar antecipadamente os problemas dando respostas adequadas e atempadas, fazendo também a referenciação para outros profissionais se necessário. A passagem por este contexto comunitário permitiu-me refletir sobre a prática de enfermagem de modo crítico no contexto específico, proporcionando o meu desenvolvimento pessoal e profissional tendo a oportunidade de contactar com a população pediátrica num contexto prévio a uma intervenção cirúrgica. A consulta de enfermagem pré-operatória deve ser realizada e da responsabilidade do EESIP, pela sua finalidade e objetivos, pois é ele que tem um conhecimento aprofundado do desenvolvimento e das necessidades da cada criança de acordo com a faixa etária, estando por isso mais habilitado para dar respostas atempadas e adequadas.

Concluo afirmando que o EESIP em parceria com os principais cuidadores da criança, formam uma equipa que em conjunto conseguem atenuar e desmistificar os receios das crianças e prepará-las para a cirurgia, pois tal como afirma BRAZELTON E SPARROW (2008, p.353):

“Nas situações em que os pais haviam preparado as crianças, estas recuperaram de uma forma significativa. Esta preparação inclui ler um livro sobre a hospitalização e cirurgias juntos, trazer com antecedência as crianças para verem o bloco operatório (...) conhecer as enfermeiras e outra criança que tivesse sido submetida à mesma intervenção e que estivesse em recuperação”.

Nesta passagem pela consulta adquiri a competência de demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/família, respeitando as suas crenças e culturas; desenvolver o ensino, treino individual à criança/família com vista ao desenvolvimento de competências para a gestão dos processos de saúde/doença; comunicar com a criança de acordo com a sua idade e nível de desenvolvimento; tomar iniciativa e ser criativo na interação e resolução de problemas e fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança, garantindo a gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas de combate à dor (UCP, 2009; OE, 2009 e OE, 2010b).

3.1.2. Unidade de Saúde Familiar Marginal

A Unidade de Saúde Familiar (USF) é uma unidade funcional do Centro de Saúde de Cascais que abrange a população de Alvide, Cascais e Estoril. A filosofia da Unidade é a prestação de cuidados a famílias e a valorização do Enfermeiro de Família, sendo que este tem à sua responsabilidade um ficheiro que lhe é atribuído. A atribuição de um Enfermeiro de Família é feita de acordo com as necessidades da população, havendo uma adequação e equidade. A formação de USF surge com o Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio, que reorganizou os centros de saúde, estruturando-os em unidades funcionais, com especial ênfase para a unidade de saúde familiar, caracterizada como “a unidade elementar de prestação de cuidados de saúde a uma população identificada através da inscrição em listas de utentes” (PORTUGAL, 2006c p.2427).

A USFM é constituída por nove enfermeiros, sendo um deles ESSIP, por dez médicos e por sete secretárias administrativas. A missão da USFM é a prestação de cuidados de saúde personalizados, globais, equitativos e de qualidade, promovendo a participação e autonomia dos cidadãos a quem presta cuidados e o desenvolvimento profissional e pessoal dos seus profissionais, para melhorar o bem-estar e a qualidade de vida de todos. A finalidade da USFM é o desenvolvimento para a maior autonomia possível da comunidade e dos cidadãos que escolheram esta unidade como parceiro na saúde, sendo

o lema adotado por todos *Parceiros na saúde: juntos, conseguimos!* O potencial humano é o bem mais precioso, sendo as pessoas que constituem a USFM que fazem a diferença, pois o sucesso desta unidade alicerça-se na confiança, na responsabilidade, na solidariedade, no respeito e na transparência, sendo a preservação do ambiente e a segurança dos cidadãos e dos profissionais preocupações constantes.

Em cuidados de saúde primários, a atuação do enfermeiro especialista, incide maioritariamente na promoção da saúde e prevenção da doença, identificando as necessidades da criança/família juntamente com a equipa multidisciplinar, pois cada criança/família tem as suas especificidades, utilizando os recursos que a comunidade disponibiliza e encaminhando sempre que necessário. Em saúde infantil, os principais prestadores de cuidados, devem ser incluídos no processo de cuidados à criança, e adotar um papel ativo, devendo por isso estabelecer com eles uma parceria de cuidados, que seja, promotor da parentalidade, facilitando o desenvolvimento da criança, através do reforço positivo, da maximização das suas capacidades, fazendo sobressair as suas responsabilidades e potenciando as suas capacidades.

Durante a primeira semana, de forma a conhecer a dinâmica funcional da USFM, realizei reuniões formais e informais com a Sr.^a Enf.^a Orientadora, consultei os vários manuais de procedimentos existentes, efetuei revisão bibliográfica, observação e participação ativa das consultas de enfermagem de saúde infantil. Ainda durante a primeira semana de estágio falei com a equipa multidisciplinar sobre o tema em estudo, os quais verbalizaram ser de extrema importância, visto não terem formação específica na área da gastroenterologia pediátrica, tendo a USFM como valor, a aprendizagem permanente e a partilha da informação, do conhecimento e da experiência como fundamentais para o desenvolvimento de todos, sendo a reflexão um dos recursos mais importantes em saúde.

Assim sendo, surge o primeiro objetivo específico para este estágio tendo por base o tema em estudo

- Prestar cuidados de enfermagem à criança/família com necessidades especiais de alimentação

Tive a oportunidade de obter informações sobre crianças existentes com necessidades especiais de alimentação, com a colaboração da minha orientadora e restante equipa de

enfermagem e com a ajuda do programa informático *Medicine One* - módulo estatística, em que este filtra a população através das patologias selecionadas, pesquisando crianças portadoras de gastrostomia. Com a pesquisa deparei-me apenas com duas crianças portadoras de gastrostomia, tendo estabelecido contacto telefónico com as famílias de modo a informar-me da sua disponibilidade para efetuar a visita domiciliária, dando primeiramente a conhecer-me bem como o objetivo desta visita. De acordo com a disponibilidade das famílias, foi apenas efetuada visita a uma delas, onde fui juntamente com a Sr. Enf^a Orientadora, com o objetivo de compreender como é viver com uma criança com gastrostomia, quais os sentimentos e necessidades da família, promovendo a adaptação. A visita domiciliária tem a finalidade de promover, manter ou recuperar o mais alto nível de saúde e de bem-estar ou minimizar ao máximo os efeitos da doença ou incapacidades, sendo uma “atividade largamente desenvolvida pela Enfermagem desde a antiguidade” (MARINHEIRO, 2002, p.53).

Tive a oportunidade de conhecer o Ricardo² e a sua mãe. O Ricardo é uma criança de 27 meses com um diagnóstico de miopatia mitocondrial com alterações da deglutição, respiratórias entre outras, sendo uma criança que além de ter gastrostomia tem também uma traqueostomia. A miopatia mitocondrial é uma doença hereditária ou adquirida da musculatura esquelética, que pode levar a alterações gastrointestinais e nutricionais como alterações da deglutição, disfagia entre outros (DOMENIS, 2008; JIMÉNEZ, et al., 2010). O nascimento de Ricardo foi um momento de angústia com várias intercorrências, internamento até aos 11 meses de vida e falta de apoio conjugal. A chegada a casa de uma criança que necessita de cuidados especiais, poderá trazer alterações na dinâmica familiar, principalmente na relação entre cônjuges, como ARAÚJO et al. (2009) afirmam que surgem incapacidades para lidar com uma situação nova, afetando as relações familiares, quer entre irmãos, entre pais e filhos ou mesmo entre os cônjuges. Atualmente o Ricardo é uma criança que conseguiu adaptar-se ao meio com as suas limitações, brincando e comunicando através de gestos, estando acompanhado diariamente pela mãe, que de momento não exerce nenhuma atividade laboral. A mãe foi questionada se gostaria de voltar a exercer uma atividade laboral, ao

² Ricardo é o nome fictício utilizado para nomear a criança visitada, salvaguardando a confidencialidade dos dados.

qual respondeu que sim, mas apenas quando o Ricardo fosse para a escola, questionando se haveria alguma escola preparada para receber estas crianças. Recolhi informação através de contactos telefónicos e correio eletrónico com educadoras do ensino especial dos recursos existentes na comunidade, informando posteriormente a mãe de Ricardo, a qual me respondeu que ainda não estava preparada para o deixar em algum lugar, principalmente enquanto não encerrassem a traqueostomia *“Eu quero ficar com o Ricardo em casa enquanto ele tiver a traqueostomia e gastrostomia, desde o nascimento que sempre o acompanhei e cuidei dele, ainda não tou preparada para me separar dele e a doença dele apesar de ser uma incógnita sinto que ainda e cedo para ele ir para uma escola. Obrigado pelo interesse”* (SIC, mãe do Ricardo).

O EESI no contexto da comunidade deve adotar medidas de prevenção e de educação de hábitos de vida saudáveis, efetuando visitas domiciliárias, de acordo com as necessidades da criança/família e através da observação, de como ocorre a manipulação da gastrostomia, detetar e corrigir erros nas técnicas que estão a ser utilizadas, pelos principais prestadores de cuidados, evitando possíveis complicações, aludindo ao ensino e ao treino (JIMÉNEZ, et al., 2010). Nesta situação especifica estes aspetos não foram validados, visto a mãe do Ricardo já ser autónoma e não ter dúvidas relativamente à gastrostomia.

É fundamental que as crianças que sejam portadoras de uma doença crónica ou deficiência sejam acima de tudo protegidas de qualquer forma de discriminação, tal como menciona a Declaração dos Direitos da Criança no Princípio 10.º (PORTUGAL, 1959). Estas crianças necessitam ainda de uma assistência e apoio que são fundamentais quando regressam a casa, pois a tendência é que passem mais tempo na comunidade e na família, tendo como objetivo diminuir o tempo passado em ambiente hospitalar (MARINHEIRO, 2002). Ainda segundo o mesmo autor, quando o local de atendimento é no ambiente da criança, sendo o enfermeiro habitual existe um conhecimento prévio da criança/família, permitindo uma relação promotora de confiança. Na pediatria são os pais que melhor conhecem a criança e é com eles que os enfermeiros irão começar a conhecer e compreender melhor a criança, estabelecendo assim uma parceria e uma cumplicidade no cuidar (MARINHEIRO, 2002). É no momento da visita domiciliária que a comunicação é mais aberta, informal e espontânea conseguindo através dela ter

um conhecimento mais aprofundado do ambiente familiar, das rotinas, das necessidades, dúvidas e receios, conseguindo estabelecer uma relação de ajuda (MARINHEIRO, 2002). A visita domiciliária tem uma grande vantagem, pois permite avaliar as condições em que a criança/família habitam, de modo a detetar alguma necessidade de apoio social (MARINHEIRO, 2002).

Como futura enfermeira especialista detetei as necessidades desta família, nomeadamente a nível de educação, visto a mãe não se sentir preparada para colocar o Ricardo numa escola. No entanto existem educadoras que vão até aos domicílios, tendo procedido ao preenchimento da ficha de referenciação do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPSI), com consentimento verbal da mãe e Enf^a Orientadora e foi enviado a ficha via-email, sendo que é a USF que será informada da situação do pedido, visto ser a unidade de referência desta família (ANEXO I). Na comunidade, as equipas de saúde devem responder às necessidades de promoção de saúde e prevenção da doença das crianças e adolescentes, mas há necessidade de um enfermeiro especialista para situações de maior complexidade como a doença crónica. Uma maior exigência na qualidade e na acessibilidade aos cuidados requer a garantia de um processo de cuidados continuados e centrados na unidade familiar, que vise a promoção e que envolva tomadas de decisão assentes numa parceria entre criança/jovem, pais e enfermeiro. Esta nova conceção de cuidar pediátrico – Cuidados Centrados na Família, requer de facto profissionais que orientem equipas e que reconheçam os pais como primeiros prestadores de cuidados, capacitados para responder às alterações resultantes do desenvolvimento ou da doença do filho (PORTUGAL, 2009).

Visto o tema de crianças com necessidades especiais de alimentação ser um tema pouco abordado e do conhecimento dos profissionais de saúde que constituem a USF, considerei pertinente dar a conhecer o tema através de uma sessão de formação com aprovação da equipa multidisciplinar, sobre a criança com gastrostomia e a importância da equipa multidisciplinar, onde foram utilizados meios audiovisuais, manipulação de material e onde foi dado a conhecer o testemunho escrito de uma mãe (ANEXO II), com distribuição final de um folheto ilustrativo com os cuidados no domicílio a crianças com gastrostomia (ANEXO III). Estiveram presentes 16 profissionais de saúde, sendo 5

enfermeiros (55% da equipa de enfermagem) e 11 médicos, tendo a avaliação da sessão demonstrado que os objetivos definidos por mim no início foram atingidos, contribuindo para o desenvolvimento profissional e pessoal de toda a equipa.

Ao encontrar-me em contexto da comunidade, uma das competências a desenvolver pelo EESIP é a prestação de cuidados em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança. Assim sendo a USF realiza consultas de enfermagem de saúde infantil, e por este fato defini como objetivo específico:

- ▶ Prestar cuidados à criança/família/comunidade na promoção da saúde/prevenção da doença, na adoção de estilos de vida saudáveis;

A saúde não dependerá apenas da prestação de cuidados, pois estão intrínsecos vários fatores determinantes, tais como o ambiente da comunidade envolvente. No entanto é indispensável o trabalho desempenhado pela equipa de enfermagem nas ações de vigilância pertinentes e de qualidade. Ao longo das semanas de estágio fui realizando as consultas de enfermagem de forma autónoma, de acordo com as orientações técnicas da DGS (PORTUGAL, 2002) e USF, tendo sempre em conta as diferentes faixas etárias e o estágio de desenvolvimento de cada criança, realizando os registos de forma a permitir a continuidade dos cuidados, bem como efetuar ensinamentos individualizados de acordo com as necessidades e dúvidas encontradas. A criança ao chegar à consulta de enfermagem é avaliado o seu desenvolvimento, através da observação dos dados antropométricos, pois é nesta altura que podemos detetar alguma alteração no desenvolvimento, atuando de modo precoce, evitando possíveis hospitalizações (PORTUGAL, 2002). Tal como refere a circular normativa da DGS (PORTUGAL, 2006a), “O crescimento é um importante indicador do bem-estar de uma criança ou adolescente (...). Um atraso estato-ponderal pode ser a primeira manifestação de patologias como doença celíaca, doença intestinal inflamatória (...).” É por isso importante a correta avaliação da criança, de modo a poder despistar situações patológicas. De acordo com o tema em estudo, é neste momento, que podem ser diagnosticadas alterações a nível de alimentação, através do relato sobre o padrão de eliminação do trato intestinal, comunicando ao médico que a criança poderá ter alguma alteração gastrointestinal, nomeadamente doença celíaca, pois tal como refere FRICKER et al. (1998) e LISSAUER e CLAYDEN (2009), a criança não tem fome, deixa de crescer e engordar e

apresenta fezes com alterações. Após a confirmação do diagnóstico, é a enfermeira que efetua os ensinamentos sobre a alimentação especial da criança, de modo a que compreenda esta nova condição de saúde, promovendo a adaptação, sendo competência do EESIP demonstrar estratégias de coping, tornando as atividades de vida diárias o mais semelhantes possíveis com a do grupo de pares. Após leitura e pesquisa de documentação existente na USFM sobre crianças com intolerâncias alimentares e alterações de deglutição, verifiquei que não havia nenhum documento informativo que pudesse ser facultado aos pais, sendo uma necessidade enunciada pela Sr. Enf. Orientadora. Deste modo elaborei um folheto informativo que engloba as intolerâncias alimentares mais frequentes, segundo a Associação Portuguesa de Celíacos e a Sociedade Portuguesa de Gastreenterologia, ou seja, a doença celíaca e a intolerância à lactose, e alterações de deglutição (ANEXO IV). Como competência do enfermeiro especialista, este deve promover a adaptação da criança e família à doença crónica, diagnosticando neste caso necessidades especiais de alimentação, encontrando estratégias de coping, podendo por exemplo fazer discussões com um grupo de pares (pais) de modo a conhecer outros casos semelhantes onde se possa partilhar dúvidas, receios, experiências e encontrar novas estratégias para fazer frente à situação, para que o processo de aceitação e adaptação ocorra de uma forma menos traumática (OE, 2009). Segundo CHAREPE (2006, p.20) os grupos de ajuda mútua “favorecem a promoção de momentos raros de verdade intensa, de relacionamentos de igualdade e proximidade, recorrendo a recursos partilhados, sem hierarquias, mas detendo uma responsabilidade conjunta na liderança dos mesmos”. Assim sendo estes grupos acarretam benefícios para os pais de crianças com doença crónica, ao proporcionam suporte interpessoal, entre os elementos do grupo permitindo a resolução de dificuldades ou satisfação de necessidades, através da partilha de experiências de situações vividas (MAIA et al., 2002). Em Portugal, segundo CHAREPE (2006, p.58), a formação dos grupos ocorre de forma morosa, tendo o objetivo de “colmatar a carência de suporte social, que se faz sentir em muitas famílias que enfrentam a realidade da doença crónica, em algum dos seus membros”, sendo assim competência do EESIP a sua implementação.

Ainda como necessidades da USF referidas pela Sr. Enf^a. Orientadora, realizei sessões de educação para a saúde, maioritariamente para pais de crianças com idades inferiores

a 12 meses, sobre a importância da Vacinação e Diversificação Alimentar no 1º Ano de Vida (ANEXO V) e Prevenção de Acidentes (ANEXO VI). As sessões realizadas foram pertinentes e justificou-se a sua realização, pelo facto de no período de estágio, a USFM, ter inscritas 35 crianças com idades inferiores a 12 meses, 83% do total de crianças inscritas, e por ser uma necessidade sentida pela equipa de enfermagem, pois os pais nas consultas de enfermagem referem ter sempre muitas dúvidas relacionadas com a diversificação alimentar e introdução de novos alimentos. Pude constatar também, que no decorrer de algumas consultas que os pais não estão despertos para a segurança dos filhos, colocando-os no “ovo” sem cinto ou deixa-los em cima da bancada sozinhos. Ainda existem pessoas que pensam que até ao primeiro ano de vida as crianças apenas comem e dormem, mas quando menos se espera eles começam a virar-se, gatinhar e a explorar o mundo que os rodeia, surgindo os acidentes, pois a sociedade a que pertencemos, encontra-se hoje em dia, desadaptada às necessidades dos bebés, devido à elevada tecnologia que tem vindo a surgir (MENEZES, 2003). Relativamente à sessão relacionada com o Plano Nacional de Vacinação (PNV), esta foi sugerida pelo relato da Enf. orientadora ao afirmar que existem muitos utentes dos países de leste pouco sensibilizados para a importância das vacinas e por isso não cumprem o PNV. A vacinação, de acordo com o PNV 2012 da DGS (PORTUGAL, 2012b), é um programa universal, gratuito e acessível a todas as pessoas presentes em Portugal, e que tem reduzido a morbilidade e mortalidade, tendo em conta que estes ganhos têm vindo a ser notados desde a entrada em vigor do PNV em 1965. De acordo com ROCHA et al. (2010), é importante vigiar a adesão ao PNV de modo a encontrar os fatores para o seu incumprimento.

Em Portugal existem várias culturas, estamos na era da Globalização e do Multiculturalismo e devemos tentar compreender o porquê de acontecer estas situações ou pelo menos respeitá-las, sendo o nosso dever como enfermeiros, de informar sobre os riscos e benefícios, tentando promover a adesão ao PNV. O profissional de saúde, não deve apenas executar o que está prescrito, devendo ir para além disso, agindo no imprevisto, sabendo tomar iniciativas e negociar, pois tem a capacidade de se adaptar a situações inconstantes (LE BOTERF, 2003). Foi estabelecido um contacto telefónico com a embaixada da Roménia, onde fui informada que na Roménia existe também um

plano de vacinação adaptado ao país, que pela informação dada, será diferente do praticado em Portugal. Foi assim elaborada a sessão de formação, no período da tarde, onde estiveram presentes 5 mães, 2 pais e 1 avó, num total de 8 prestadores de cuidados à criança. No final da sessão foi distribuído um manual a cada prestador de cuidados sobre a importância da vacinação e o que são as vacinas. Segundo o Modelo de Desenvolvimento Profissional (OE, 2009), o enfermeiro especialista tem a competência de assistir a criança e sua família, na maximização da sua saúde, estabelecendo uma parceria no cuidar que seja otimizadora da saúde, pois ao abordarmos a vacinação, estas permitem salvar mais vidas e prevenir mais casos de doença do que qualquer tratamento médico. A sessão sobre diversificação alimentar, foi selecionada tendo em conta o objetivo em estudo, pois uma alimentação é um dos fatores mais importantes para o crescimento e desenvolvimento da criança, potenciando o seu bem-estar. Como competência do enfermeiro especialista, este deve ter o conhecimento sobre o crescimento e desenvolvimento da criança, de modo a poder detetar as necessidades da criança/família de acordo com a faixa etária onde se encontra, conseguindo estabelecer um plano individualizado, promotor de saúde prevenindo práticas alimentares desequilibradas. Visto a sessão ter sido efetuada juntamente com a anterior, o número de participantes foi o mesmo, ou seja, 8 cuidadores de crianças com idade inferior a 12 meses. Através da avaliação comum das sessões, verifiquei que os cuidadores revelaram ter adquirido conhecimentos, referente ao lecionado durante a sessão.

Na sessão sobre a Prevenção de Acidentes, estiveram presentes 5 prestadoras de cuidados, tendo sido distribuído no final da sessão um folheto informativo sobre a prevenção de acidentes, compilando a informação transmitida durante a mesma. Inerente a esta sessão foi elaborado também um cartaz informativo (ANEXO VII) com a colaboração da Enf. orientadora de como prevenir os acidentes no primeiro ano de vida, de acordo com as competências que as crianças vão adquirindo, de modo a este ficar afixado na sala de espera da saúde infantil, visível a todos os utentes. Foi escolhido o primeiro ano de vida, pois segundo HOCKENBERRY e WILSON (2011) os acidentes estão entre as principais causas de morte durante o período de lactação, mas essencialmente entre os 6 e 12 meses de vida, sendo importante os pais terem informações do que devem fazer de modo a evitar os acidentes, pois à medida que as

crianças vão ganhando habilidades motoras e locomotoras agregadas à curiosidade surge o aumento de incidentes.

Para terminar, enumerei com objetivo específico

- Compreender a atuação do Enfermeiro Especialista na Consulta de Saúde Infantil

No final do estágio e após ter tido a oportunidade de passar pelas diferentes valências de uma USF com enfermeiros distintos, constatei a importância que existe do enfermeiro de família, que acompanha a família ao longo de todo o ciclo de vida. No entanto existe um elemento especialista dentro desta equipa de enfermagem, valendo a pena refletir sobre a sua importância como especialista e enfermeiro de família. O Enfermeiro especialista é aquele que “faz a diferença” em relação ao enfermeiro generalista, ou seja, é aquele que tem um conhecimento mais aprofundado compreendendo as situações de maior complexidade, na sua área de especialização. Segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (PORTUGAL, 1996, p.7)

“o enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado (...) a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”.

Por outro lado o enfermeiro de família surge com a necessidade de existir um cuidado centrado na família, ou seja, prestar cuidados ao utente que por sua vez se encontra inserido numa família e numa comunidade, disponibilizando respostas mais adequadas nos cuidados de saúde primários. O “Enfermeiro de Família”, como modelo organizativo de cuidados, é, inquestionavelmente, uma mais-valia no âmbito da qualidade dos cuidados prestados à população, com ênfase para a efetividade, proximidade e acessibilidade (FERREIRA, 2010). Com o enfermeiro de família, existe a possibilidade do estabelecimento de uma relação de empatia, que se vai construindo ao longo dos vários contactos e assim se consegue garantir uma melhor efetividade, proximidade e acessibilidade, como mencionado anteriormente. De entre os profissionais de saúde que integram as equipas multiprofissionais, a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que o enfermeiro é aquele que, pela formação específica que detém, está melhor posicionado para avaliar globalmente as necessidades em cuidados de saúde das pessoas, mobilizando os recursos existentes na comunidade,

individualizando-os a cada situação em particular (FERREIRA, 2010). O “Enfermeiro de Família” é a pessoa que, dentro dos cuidados de saúde primário, e da equipa multidisciplinar, faz a ligação entre o serviço de saúde e o utente/ família, cuidando de cada família, individualizando os cuidados de acordo com as necessidades encontradas, com o objetivo da promoção da saúde e prevenção de doença, e de recorrências ao serviço de urgência (FERREIRA, 2010). Em suma, a junção do enfermeiro especialista que é também enfermeiro de família, permite uma prestação de cuidados, com uma área de especial excelência na qual é especialista, contribuindo para um cuidado de maior qualidade e para o bem-estar de toda a família.

A execução das atividades descritas permitiram-me gerir e interpretar informação proveniente da minha formação inicial, da minha experiência profissional e de vida bem como comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e os resultados da prática clínica a enfermeiros e ao público em geral; possibilitou-me adquirir as competências de intervir na comunidade; estabelecer e manter redes de recursos comunitários de suporte à criança/família com necessidades de cuidados; avaliar conhecimentos e comportamentos da criança/família de forma a promover o crescimento e desenvolvimento infantil; comunicar com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento, demonstrando conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação e por fim a referenciação de crianças com incapacidades e doença crónica para instituições de suporte (UCP, 2009; OE, 2009 e OE, 2010b).

3.2. MÓDULO II – PROMOÇÃO DA ADAPTAÇÃO DA CRIANÇA E FAMÍLIA À DOENÇA CRÓNICA GASTROINTESTINAL COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE ALIMENTAÇÃO EM SITUAÇÃO DE INTERNAMENTO – CONTEXTO DE TRABALHO

Como enfermeira de cuidados gerais, desempenho funções na UIA do HDE, há cerca de quatro anos. O HDE é um hospital central, especializado no atendimento materno-infantil, integrado desde Março de 2007 no Centro Hospitalar de Lisboa Central, sendo a unidade de saúde de referência em pediatria, para a zona sul do país e ilhas. Admite também crianças dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP), ao abrigo de um protocolo com o Estado português. Este hospital tem como principal missão prestar cuidados de saúde diferenciados e de elevada qualidade à Criança e à

Mulher (HDE, 2005). O HDE obteve em Setembro de 2004 a acreditação total pelo King's Fund do Health Quality Service. Os cuidados de enfermagem prestados nesta instituição têm por base a metodologia científica do Processo de Enfermagem, baseado no Modelo Teórico de Nancy Roper.

A Consulta de Gastreenterologia integrada na UIA assegura cuidados de complexidade variável à população da sua área de influência e de referência – Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, zona Sul do País, Ilhas e PALOP (HDE, 2006). O serviço contempla um bloco de exames, três salas de consulta e uma sala polivalente onde se realizam os exames complementares de diagnóstico do foro da Gastreenterologia como: manometrias anoretais e esofágicas, pHmetrias, pHmetria com impedância, testes respiratórios e consulta. No bloco de exames são efetuadas Endoscopias Digestivas Altas e Baixas de diagnóstico e terapêuticas, sob sedação profunda por anestesistas, Enteroscopia por cápsula e Biopsias Rectais por sucção. O principal objetivo desta unidade é prestar cuidados individualizados e humanizados às crianças / famílias com doenças do foro da gastreenterologia de modo a promover a saúde e bem-estar dos seus utentes, diminuindo assim a recorrência à urgência e situações de internamento. Adjacente a esta unidade funciona o Hospital de Dia onde é realizada o recobro dos exames endoscópicos efetuados com sedação, onde as crianças permanecem internadas por um curto espaço de tempo e a Cirurgia de Ambulatório. A equipa de enfermagem presta cuidados na consulta de gastreenterologia dando apoio a todos os exames que se realizam no bloco de exames. Quando as crianças pela sua idade ou estado clínico não se podem deslocar à consulta, a enfermeira e o gastreenterologista deslocam-se com o equipamento, ao bloco operatório central, Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) ou UCIN. Existe preocupação por parte dos profissionais desta consulta no sentido de fazer uma abordagem centrada na família, atendendo às necessidades da mesma, tendo em conta a problemática que a criança apresenta.

Ao iniciar o segundo módulo de estágio, com a particularidade de ser em contexto de trabalho, tive a oportunidade de vivenciar algumas situações peculiares, que contribuíram para a minha formação como enfermeira especialista. A UIA, no HDE, encontrava-se desde o início de Agosto sem chefia, existindo um segundo elemento, especialista, nomeado pela antiguidade, que se encontra a gerir e orientar o serviço, na

ausência de chefia. É responsável por tomar determinadas decisões, nomeadamente a coordenação e orientação da equipa de enfermagem e gestão dos cuidados através da articulação dos recursos humanos e materiais. Em simultâneo, o serviço entrou em remodelações no Hospital de Dia, fazendo com que tivéssemos de deixar todo o serviço vazio e desimpedido, ocupando o espaço físico da Cirurgia de Ambulatório, exigindo uma gestão de marcação e execução de tratamentos bastante ponderada. No final de todas estas mudanças verifiquei que a posição ocupada pela Enfermeira Especialista, passou de uma posição de liderança suprimida, para a posição de líder da equipa e o elemento de referência para crianças/famílias, lutando por um serviço de qualidade e excelência, pois tal como afirma CASTRO e PAULA (2002 p.4), “o enfermeiro comprometido com a qualidade da assistência, certamente se preocupará em desenvolver a sua capacidade de liderança, usando a comunicação como um eficaz instrumento de união de sua equipe para a obtenção do êxito em seus objetivos”. Numa equipa de enfermagem o líder, escolhido ou delegado antecipadamente pelo chefe, deverá orientar o turno de trabalho e os enfermeiros liderados, ajudando-os, motivando-os e criticando-os construtivamente para alcançarem as metas definidas, reduzindo possíveis erros. Com tudo isto, sinto que o Enfermeiro Especialista ocupa uma posição diferente de uma chefia, fazendo por isso a diferença, na medida que lidera o grupo e caminha com ele de mãos dadas, ao contrário da chefia que coordena e dirige a equipa. A liderança, não tem de estar associada ao poder e à autoridade, sendo esta a função de chefe, pois tal como afirma BALSANELLI e CUNHA (2006), “o enfermeiro será líder e não chefe”. Deste modo, penso que o enfermeiro especialista é o elemento de referência e que faz a diferença, em relação à restante equipa, tomando esta situação como referência para a minha formação. Da mesma forma que o líder passa por situações de insegurança e frustração, a equipa liderada passa também por diversas fases de evolução até atingir a sua maturidade e o seu pico de produtividade, devendo o líder ter a capacidade de se adaptar às circunstâncias do meio, da tarefa e do grupo, sabendo adequar o estilo de liderança à situação (GUERRA, 2007). Após reflexão, constatei que o enfermeiro especialista que é líder tem como objetivo motivar a equipa de modo a caminharmos todos no mesmo sentido. GUERRA (2007) afirma que a liderança e a motivação são dois aspetos essenciais no alcance do sucesso das organizações, tendo que haver uma liderança eficaz para que haja também motivação. No entanto o

enfermeiro para ser líder deverá ter um conhecimento aprofundado de si, para posteriormente poder conhecer as pessoas com quem trabalha, as suas motivações e objetivos, valorizando as suas ações, ajudando-as a evoluir (GALVÃO et al., 1998 e GUERRA, 2007). Deve ainda ter uma formação específica mas essencialmente interesse em desenvolvê-la. A liderança é assim uma competência que deve ser adquirida pelo enfermeiro especialista, de modo a orientar e coordenar equipas de prestação de cuidados de enfermagem, tal como é suportado pelo Decreto-Lei n.º 178/85 de 23 de maio, Artigo 4º nº1 (PORTUGAL, 1985). O líder é assim um elemento imprescindível na gestão e sucesso da profissão de enfermagem, apesar de ser um lugar difícil de ocupar, mas que diferencia e valoriza o enfermeiro especialista.

Após elaboração do projeto que incide na criança com doença crónica gastrointestinal, pesquisei informaticamente a prevalência destas na UIA, tendo chegado à conclusão que desde Janeiro a Agosto de 2012, foram efetuadas 3.494 consultas na área de gastroenterologia, a utentes entre os 0 e 18 anos, sendo 10% do total de consultas efetuadas na área da Pediatria Médica.

Surge assim a enunciação do primeiro objetivo:

- Prestar Cuidados de enfermagem diferenciados e especializados à criança/família com doenças gastrointestinais crónicas com necessidades especiais de alimentação

De acordo com o material existente na unidade referente à criança com gastrostomia, verifiquei que não havia nenhum documento de registo que garantisse a continuidade de cuidados, tendo sido assim elaborado um plano de ensino para a criança e família com gastrostomia de forma a planear o regresso a casa (ANEXO VIII) com o objetivo de detetar as necessidades a serem colmatadas, pois cada criança/família são únicas, necessitando de tempos personalizados. Este plano foi construído em parceria com a minha orientadora, tendo como objetivo ser aplicado na UIA, estabelecendo assim um compromisso entre o enfermeiro de referência e a criança/família com gastrostomia, com vista à autonomia, independência e à alta. A prestação de cuidados à criança/família com necessidades especiais de alimentação deve ser efetuada de um

modo especializado, detetando necessidades que carecem de ser satisfeitas, encaminhado para outros profissionais.

De acordo com conversas formais e informais entre equipa de enfermagem e médica, foi elaborado um folheto relacionado com crianças com gastrostomia, cujo tema é “*O que fazer em caso de sonda de gastrostomia/botão se exteriorizar (sair) acidentalmente*” (ANEXO IX), pois ocorrem idas ao SUP e posteriormente encaminhados para a UIA com estomas já encerrados, por sondas exteriorizadas e por falta de informação. Sendo uma necessidade do serviço, foram ainda revistos e elaborados alguns folhetos sobre exames gastroenterológicos (endoscopia digestiva alta, colonoscopia, hidrogénio expirado e cápsula endoscópica) (ANEXO X), sendo que estes aguardam aprovação do conselho de administração, para serem colocados e distribuídos no serviço.

Para identificar as necessidades de informação da equipa de enfermagem, foi elaborado um questionário (ANEXO XI) com o objetivo de selecionar as necessidades em adquirir conhecimentos sobre o tema em estudo, para a elaboração de um cartaz informativo. Após avaliação dos questionários, que teve uma taxa de preenchimento de 100%, a resposta mais comum foi a ingestão de cáustico (25%), em que foi sugerido a elaboração de um cartaz informativo/educativo para ser colocado na sala de espera da UIA, tendo como destinatários os pais. De acordo com dados fornecidos pelo diretor da unidade de gastroenterologia do HDE, num período de 23 anos (Maio de 1984 a Junho de 2007), surgiram 415 crianças com ingestão de produtos cáusticos, justificando por isso a pertinência. O cartaz informativo foi assim elaborado e aceite, para ser afixado na sala de espera da UIA (ANEXO XII).

Dentro deste objetivo foi também elaborado um questionário (ANEXO XIII) dirigido à equipa de enfermagem com o objetivo de detetar as necessidades de formação que a equipa tem sobre crianças com necessidades gastrointestinais. Na avaliação do questionário com taxa de preenchimento de 100%, os temas de maior interesse mencionados pela equipa foram a ingestão de cáusticos (24%) e doença celíaca (20%). Foram assim elaboradas duas sessões de formação, abordando os dois temas (ANEXO XIV) com o objetivo de transmitir informação melhorando os conhecimentos da equipa para uma melhor qualidade na prestação de cuidados às crianças que recorrem ao

serviço. Após avaliação dos questionários, os objetivos da sessão foram cumpridos, contribuindo para a aquisição de conhecimentos da equipa.

Em virtude de ter realizado estágio em contexto de trabalho, constatei que apenas uma pequena percentagem da equipa tem competência para cuidar da criança com gastrostomia, tendo capacidade para resolver os problemas inerentes. O sucesso da nutrição entérica por gastrostomia depende de diversos fatores, mas a constituição de uma equipe de enfermagem interessada e participativa e de famílias ou cuidadores devidamente informados e motivados é decisiva, para este processo (PEREIRA, 2011). A equipe de Enfermagem tem um papel de suma importância, por deter conhecimento em todas as áreas que envolvem o cuidar, assim como habilitação para execução de técnicas e procedimentos (ROMÃO, et al., 2008). No estudo de PIMENTA (2010), efetuado num Centro Hospital do Norte do País, surgiram pais/cuidadores, que salientaram a inexistência de profissionais de saúde, com conhecimento adequado da sonda e consequentemente com incapacidade de resolver as complicações relacionadas com ela. Cada vez mais existe a importância de uma equipa multidisciplinar habilitada e treinada para lidar com estas situações, tendo o enfermeiro especialista um papel fundamental dentro da equipa, com saberes e competências nas situações de maior complexidade, mobilizando e liderando a equipa para que esteja capacitada e sensível a estes aspetos. Desta forma foram elaboradas duas sessões de formação, propostas no meu projeto, abordando “O que é a gastrostomia” (ANEXO XV) e “Cuidados de manutenção à criança com sonda de gastrostomia/botão” (ANEXO XVI), de modo a habilitar a equipa para prestar cuidados à criança com gastrostomia.

De acordo com a avaliação das sessões a equipa de enfermagem demonstrou ter adquirido conhecimentos sobre o tema em estudo.

Como outro objetivo determinado por mim no projeto referente a este módulo de estágio:

- Desenvolver a transição/articulação entre o hospital Pediátrico e Hospital de Referência (adultos)

Após a idade pediátrica, os adolescentes transitam para a unidade de adultos, para que lá lhe sejam prestados os cuidados necessários de acordo com as suas necessidades e

patologia. O CHLC onde se encontra inserido o HDE, tem como hospital de referência o Hospital Santo António dos Capuchos (HSAC), onde existe o serviço de gastroenterologia que engloba o serviço de internamento e consultas externas. Deste modo foi elaborada uma folha de articulação de cuidados entre o serviço de pediatria e de adultos (ANEXO XVII), de modo a facilitar esta transição, transmitindo a informação relevante sobre o adolescente.

Visto ter um conhecimento aprofundado do serviço, outro aspeto com que me deparei e que é uma realidade diária, são as preparações para os exames endoscópicos mal efetuadas e surgimento de dúvidas relacionadas com os exames. Durante o acolhimento à criança/família, é frequente existirem dúvidas por parte de ambos, relacionadas com o exame e com a anestesia, onde surgem os medos, por parte das crianças confrontados com o desconhecido, pois nunca viram, nem vivenciaram uma situação semelhante e nunca manipularam o material. Assim sendo visto haver uma parceria entre o HDE e o HSAC, foi contactada telefonicamente a Enf. Chefe do serviço de gastroenterologia (HSAC) bem como com o 2º elemento do mesmo serviço, onde estas referiram ter uma consulta de preparação para os exames endoscópicos em que são esclarecidas dúvidas e explicadas as preparações necessárias para efetuar os exames. No momento em que realizei estágio, estas não estavam a ser realizadas devido ao “combate” às listas de espera. No entanto ambas referiram que, verificam que neste período que as consultas não se estão a realizar, existem utentes com preparações mal efetuadas e com mais dúvidas. Não foi possível entrevistar a equipa de enfermagem para justificar a importância desta consulta, devido a logística do serviço. No entanto foi elaborado um questionário (ANEXO XVIII) e distribuído durante 3 semanas na consulta de gastroenterologia do HDE, aos cuidadores de crianças que iam realizar exames endoscópicos, para aferir a importância que os pais atribuem à existência de um espaço de partilha de informação e para a explicação de procedimentos. Na avaliação do questionário que teve uma taxa de preenchimento de 50%, destes 94% consideraram pertinente a existência de um espaço para esta partilha. Após pesquisa bibliográfica, relacionada com a importância do desenvolvimento e implementação de uma consulta de enfermagem na unidade de gastroenterologia, constatei que esta é de extrema importância em várias áreas, seja pediatria, saúde da mulher ou adultos, para o sucesso

dos procedimentos e para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Seria importante, na minha opinião, a criação de um espaço para o debate e explicação de procedimentos, tal como uma consulta de enfermagem, entre o profissional e a criança/família, onde estes falam sobre as experiências e sentimentos vivenciados, através de uma interação “face-a-face” (MENDONÇA et al., 2007; GENTIL DINIZ et al., 2009). Esta comunicação além de partilhar informações e dúvidas, tem também a capacidade de compreender e ter a perceção se a criança/família está a compreender a informação transmitida, bem como solucionar problemas identificados por meio do diagnóstico de enfermagem e assim explicar todos os procedimentos que vão ser realizados (MENDONÇA et al., 2007; GENTIL DINIZ et al., 2009). Segundo MENDONÇA et al. (2007) esta consulta é ainda o momento em que é possível o estabelecimento de um relacionamento interpessoal, de um sentimento de confiança e respeito num ambiente agradável, tranquilo e confidencial entre a criança/família e o enfermeiro.

Ao abordar-se o utente pediátrico, torna-se imprescindível a existência de um espaço que permita a assistência à criança, compreendendo e esclarecendo todos os seus receios e dúvidas, pois a criança encontra-se numa fase do ciclo de vida de grande vulnerabilidade (CAMPOS et al., 2011). Assim a consulta de enfermagem ao utente pediátrico e sua família tem como objetivo prestar uma assistência sistematizada e individualizada, identificando problemas de saúde/doença, executando e avaliando cuidados que contribuam para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação de sua saúde (CAMPOS et al., 2011). Gostaria ainda de mencionar o facto da importância da consulta de enfermagem, uma vez que esta vem abordada e definida no Diário da República, 1.ª série — N.º 242 — 20 de Dezembro de 2011, Portaria n.º 306-A/2011 de 20 de Dezembro Artigo 2.º g), como uma intervenção que visa a realização de uma avaliação, ou estabelecimento de um plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado (PORTUGAL, 2011). Neste caso específico da consulta de gastroenterologia, julgo que seria vantajoso na medida em que a criança e família teriam um maior conhecimento relacionado com os procedimentos a serem realizados, contribuindo para o controle de toda a situação. A consulta de enfermagem é também uma ação educativa entre o profissional de saúde e o

utente pediátrico e sua família, devendo segundo RIOS e VIEIRA (2007) de estar inserida em todas as atividades, tendo como objetivo fazer o utente refletir sobre o seu estado, poder colocar dúvidas e exprimir os seus receios, e onde se pode validar os ensinamentos já efetuados, seja pelo médico seja pela enfermeira, como já foi referido anteriormente e ainda atuar na promoção da saúde e na adoção de estilos de vida saudáveis. No estudo de RIOS e VIEIRA (2007) sobre a importância da consulta de enfermagem como espaço de educação para a saúde no período pré-natal, verificou-se que ocorrem lacunas nas ações de educação para a saúde, uma vez que a mulher no último mês de gestação demonstra falta de conhecimentos sobre o seu estado de saúde. Na unidade de gastroenterologia pediátrica o que acontece muitas vezes, são as preparações necessárias para a realização dos exames, tais como o jejum e preparação intestinal no caso das colonoscopias, não serem cumpridas. Assim no dia do exame são colocadas dúvidas, que deviam ter sido esclarecidas no dia da marcação do exame, para que a criança e família viessem informadas sobre os procedimentos que iriam ser realizados e pelos quais tinham que passar. Assim sendo e transportando para a pediatria, nota-se a importância da existência de uma consulta de enfermagem a fim de colmatar todas estas lacunas.

No meu ponto de vista e como futura enfermeira especialista julgo ser de extrema importância a existência de uma consulta de enfermagem em colaboração com a médica, de modo a que em conjunto fosse possível, colmatar as necessidades da criança e família, para que no dia do exame, houvesse menos dúvidas, menos receios, preparações bem efetuadas e por conseguinte menos taxa de recorrência para marcação de novos exames. A consulta poderia ser assim integrada na consulta médica, em que seria estabelecido um plano conjunto, entre equipa médica e enfermagem, de modo a incidir sobre as competências de cada área específica, tal como afirma SAPAROLLI e ADAMI (2007) contribuindo para a melhoria da qualidade da assistência prestada à criança, visando a promoção, proteção e recuperação da saúde. CAMPOS et al (2011) afirmam também que após a pesquisa efetuada no seu estudo, temos a possibilidade de atuar, na nossa prática profissional, de modo a ajudar as crianças e suas famílias, através dos ensinamentos e da ajuda, que pode ser proporcionada na consulta de enfermagem, devendo por isso contemplar este aspeto na formação do profissional, estando melhor preparado para implementar e atuar, com vista a atingir a promoção do cuidado integral

da família, da criança e da comunidade. A implementação de uma consulta no serviço seria uma mais-valia, trazendo ganhos para a saúde, ficando assim como proposta para ser implementada.

Como competências a serem desenvolvidas pelo enfermeiro especialista julgo que alcancei algumas delas através da demonstração de um nível aprofundado de conhecimento na minha área de especialização; liderar equipas na prestação de cuidados de qualidade e especializados; exercer supervisão do exercício profissional; colaborar na integração de novos profissionais e promover o desenvolvimento pessoal e profissional de outros enfermeiros através das formações lecionadas em serviço; demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional; refletir na e sobre a prática, de forma crítica; zelar pelos cuidados prestados e participar e promover investigação em serviço na área de especialização; assistir a criança/família na maximização da sua saúde através da construção de um plano de ensino; cuidar da criança/família em situações de maior complexidade nomeadamente crianças portadoras de doenças gastrointestinais crônicas promovendo a sua adaptação à nova situação de saúde e capacitar a criança/família para a adoção de estratégias de coping (UCP, 2009 e OE, 2010b).

De toda a realidade pude concluir também que o Enfermeiro Especialista é o enfermeiro que melhor conhece o serviço e é detentor de conhecimentos da pediatria, mas com um conhecimento mais aprofundado em determinadas áreas. É aquele que serve de referência para a equipa de enfermagem e para o utente e família. É o enfermeiro que evidencia interesse em querer explorar mais sobre cada tema, que lhe desperte maior interesse e investir nele. Futuramente se colaborar na orientação de futuros enfermeiros especialistas, o meu objetivo será transmitir os meus conhecimentos e demonstrar a importância que um enfermeiro especialista tem dentro da equipa de enfermagem e o que poderá fazer de diferente, para sobressair na equipa como tal. A OE (2011) afirma que o enfermeiro especialista é o enfermeiro de referência na medida em que presta cuidados com elevado nível de qualidade, promove a satisfação da criança e sua família, implementa sistemas para a monitorização do custo/benefício e gere a segurança. Assim na minha opinião é imprescindível a existência de um

enfermeiro especialista, que tenha desenvolvido estas competências, de forma a implementá-las na equipa de enfermagem.

3.3. MÓDULO III – PROMOÇÃO DA ADAPTAÇÃO DA CRIANÇA E FAMÍLIA À DOENÇA GASTROINTESTINAL CRÓNICA COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE ALIMENTAÇÃO EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Este módulo subdivide-se em dois locais distintos tendo o primeiro ocupado o SUP, realizado em contexto de urgência, e o segundo no âmbito de cuidados intensivos na UCIN, ambos no HDE. Estes juntamente com a UCIP pertencem ao Departamento de Urgência/Emergência desde 2003, que tem como filosofia a promoção da qualidade assistencial na perspetiva de prestar o melhor serviço à comunidade e em obediência à legislação vigente, respeitando os princípios da deontologia, da ética profissional, da hierarquização das funções e da educação cívica (HDE, 2007).

3.3.1. Urgência Pediátrica do HDE

O SUP é um local em que os utentes em idade pediátrica, juntamente com a sua família, acedem de forma direta e generalizada, onde se presta cuidados médicos gerais e de enfermagem durante 24h por dia, 365 dias por ano (COELHO et al., 2012). O SUP do HDE é o mais antigo e o de maior movimento do país, sendo por isso uma referência direta médico-cirúrgica (COELHO et al., 2012). A área de abrangência do SUP pertence à Sub-Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (SRSLVT), zona sul do país, ilhas e todos os utentes fora da área sempre que o seu estado de saúde necessite de cuidados emergentes/urgentes (HDE, 2006). Encontra-se localizado no piso 0 do edifício central, constituído pela ala direita (Urgência de Pediatria Médica) e ala esquerda (Urgência de Pediatria Cirúrgica), sendo que estas se encontram separadas fisicamente devido à estrutura arquitetónica do edifício.

O objetivo do SUP coincide com a missão do hospital, ou seja, prestar cuidados de saúde diferenciados e de elevada qualidade à criança/família; assegurar a formação pré e pós graduada de acordo com padrões da mais elevada qualidade e promover a investigação; desenvolver formas de ligação do Hospital com a Comunidade facilitando a acessibilidade aos seus recursos e o desenvolvimento de complementaridades e parcerias no interesse dos doentes; intervir na Sociedade na promoção e defesa dos

direitos da Criança e participar em redes e projetos internacionais na área da Criança, nomeadamente nos domínios científicos (HDE, 2006).

Nos cuidados prestados em situação de urgência/emergência, a atuação do enfermeiro especialista, incide maioritariamente, em assistir e cuidar da criança/família em situações de especial complexidade com vista à maximização da sua saúde, sendo o enfermeiro de referência para a criança e família, identificando as necessidades que necessitam de ser satisfeitas. No entanto, os enfermeiros do serviço de urgência pediátrica devem deter um conhecimento aprofundado, devido à diversidade de situações com as quais lidam diariamente, o que vem também suportado pelo Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde da Criança e do Jovem (OE, 2010b).

As patologias a nível do sistema digestivo, encontram-se entre as cinco primeiras causas de recorrência à urgência, não sendo possível identificar uma posição concreta, devido aos casos de patologia inespecífica que recorrem à urgência e que são incluídos em diagnósticos a que não pertencem (COELHO et al., 2012). Por outro lado, de acordo com dados estatísticos, conseguidos através do departamento de estatística do HDE, entre Janeiro e Dezembro de 2011 ocorreram 8.618.500 admissões na urgência sendo que 171 utentes possuíam patologia gástrica. Em 2012 até Novembro, foram admitidas nas urgências 7.291.500 utentes, sendo que 147 apresentavam patologia gástrica. Tendo em consideração a controvérsia que existe entre os dados de COELHO et al. (2012) e os dados recolhidos estatisticamente sobre crianças com patologia gástrica no SUP, surge o primeiro objetivo, considerando o escasso conhecimento relacionado com este tema:

- Uniformizar a prestação de Cuidados de enfermagem diferenciados e especializados à criança família com doenças gastrointestinais crónicas com necessidades especiais de alimentação

Contemplando a especificidade da doença crónica e a prevalência de recorrências à urgência com este diagnóstico as oportunidades de contactar com estas crianças, não foram as desejadas. No entanto foi verificado que o SUP não continha informação escrita, relacionada com esta patologia de modo a transmitir e validar os cuidados à criança com gastrostomia. Após aceitação e validação da importância deste assunto pelo

Sr. Enfermeiro Orientador e Enf. Chefe foi elaborado um folheto relacionado com as crianças com sonda de gastrostomia, em que se explica os cuidados a ter com a sonda no domicílio (ANEXO XIX), visto já ter sido elaborado no módulo anterior de estágio um folheto sobre o que fazer em caso de exteriorização de sonda de gastrostomia, complementando assim a informação a transmitir aos principais cuidadores. Os folhetos foram entregues ao enfermeiro chefe aguardando pela aceitação para distribuição dos mesmos. Elaborei ainda uma sessão de formação para a equipa de enfermagem (ANEXO XX), sobre a temática “o que é a gastrostomia”, devido à necessidade de formação da equipa sobre o tema, tendo esta necessidade sido relatada pelo Enfermeiro Chefe do SUP e pelo orientador de estágio. Na sessão estiveram presentes 7 elementos da equipa e 2 alunas do curso de licenciatura em enfermagem, e foi abordado o procedimento da colocação de gastrostomia, passando pela uniformização dos cuidados de enfermagem, e fazendo alusão à importância de uma equipa multidisciplinar. Visto encontrar-me no serviço de urgência, fiz referência também a situações de complicações e de urgência que podem ocorrer com estas crianças e famílias, melhorando assim os conhecimentos da equipa de enfermagem para uma melhor qualidade na prestação de cuidados às crianças que recorrem ao SUP, evitando recorrências desnecessárias ao SUP. No final foi facultado algum material para manuseamento e para um melhor conhecimento do mesmo. A formação em serviço, a supervisão e a reflexão sobre a prática diária, constituem áreas da responsabilidade do EESIP. De acordo com BARTOLO (2008, p.8)

“ o desenvolvimento da formação no contexto de trabalho permite rentabilizar saberes, espaços, integrando na prática clínica uma dinâmica formativa [...] permite delinear estratégias, encontrar alternativas que façam coincidir tempos e espaços de trabalho e de formação. Nesta perspetiva, o indivíduo forma-se porque experimenta, vive, reflete, aprende cuidando e cuida aprendendo”.

Esta formação teve assim como objetivo melhorar a prestação de cuidados de enfermagem às crianças que recorrem ao SUP com gastrostomia, com uma atuação prioritária em situações de urgência. Para complementar toda a informação transmitida foram ainda criadas duas normas referentes à criança com gastrostomia: cuidados à criança com gastrostomia e sonda de gastrostomia exteriorizada (ANEXO XXI).

A minha passagem pelo contexto de urgência não ficou cingida à prestação de cuidados à criança com doença crónica gastrointestinal, tendo assim a oportunidade de contactar com as diferentes valências que o SUP abrange, colaborando com a equipa de enfermagem na prestação de cuidados individualizada com vista ao desenvolvimento de competências por parte dos principais prestadores de cuidados.

De acordo com as necessidades do serviço referidas pelo Sr. Enf. Chefe e Sr. Enf. Orientador foi elaborado ainda um cartaz informativo sobre prevenção de acidentes dos 1 aos 4 anos, completando a informação que se encontra disponível na sala de espera do SUP para os principais cuidadores das crianças (ANEXO XXII). De acordo com os dados estatísticos do Instituto Nacional de Estatística (INE), relatórios da Associação Portuguesa Segurança Infantil (APSI) e Instituto Ricardo Jorge (IRJ), foram abordados no cartaz informativo os seguintes acidentes: intoxicações, queimaduras, quedas, afogamentos e mordeduras de animais, por serem os que têm uma maior prevalência nesta faixa etária.

Delineie como outro objetivo:

- Compreender a atuação e funções do enfermeiro especialista no contexto de urgência pediátrica

De modo a compreender o papel do EESIP, efetuei algumas reflexões, onde me apercebi que o SUP é um serviço que exige uma grande perícia por parte dos enfermeiros, de modo a identificar e classificar as situações de cada criança que dá entrada no serviço de urgência, dando uma resposta atempada. Segundo COELHO et al., (2012, p. 33) as crianças são seres únicos com particularidades distintas e não são apenas “adultos em ponto pequeno” e por esse motivo o mesmo autor declara que “as crianças são seres em constante evolução e esse facto deve refletir-se em todas as ações e serviços que lhe são dirigidos, nomeadamente, os serviços destinados a prestar-lhes cuidados de saúde”. No entanto o que para mim se demonstrou mais especializado e pormenorizado, é a sala de triagem, sendo esta efetuada segundo a Triagem de Manchester, de modo a caracterizar de modo correto o perfil de cada criança que recorre ao SUP. Foi a passagem por esta sala que me permitiu desenvolver a capacidade de identificar e diagnosticar precocemente as diversas doenças comuns de cada faixa etária,

intervindo adequadamente e atempadamente, encaminhando a criança/família para outros profissionais caso fosse necessário. Os sistemas de triagem segundo ANDRADE et al. (2008) têm como finalidade, concentrar os recursos humanos e matérias existentes dando resposta às situações reais de urgência. Constatei que por este serviço passam diariamente centenas de crianças com patologias diversas, e que o enfermeiro que se encontra a realizar a triagem, tem de ter alguma experiência profissional que lhe permita dar uma resposta. Sinto que é um aspeto de extrema importância a ser desenvolvido não só pelos enfermeiros do serviço de urgência mas essencialmente pelo enfermeiro especialista, que tem a competência de detetar inúmeras situações, sendo capaz de atribuir um grau de urgência a cada situação específica (OE, 2010b). ANDRADE et al. (2008) concorda afirmando que a triagem deve ser feita por enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediátrica. Outro aspeto que constatei na sala de triagem e que achei de extrema importância é o facto de quando uma família demonstra poucos conhecimentos e habilidades para cuidar da criança, o enfermeiro despende de alguns minutos para apostar na promoção da saúde, efetuando alguns ensinamentos de modo a contribuir para uma menor recorrência ao SUP e habilitar a família para cuidar da criança mesmo no que diz respeito à saúde. O mesmo vem suportado pelas orientações técnicas da DGS (PORTUGAL, 2004) relacionadas com a urgência no ambulatório em idade pediátrica, em que a atitude dos profissionais deve ser no sentido de apoiar os pais, encorajando-os e fornecendo-lhes os conhecimentos necessários para que sejam de facto os primeiros prestadores de cuidados aos seus filhos, também na saúde.

A minha prestação de cuidados neste módulo de estágio foi uma mais-valia pelas diversas experiências que me foram proporcionadas, tendo tido a oportunidade de passar pelas diversas valências do SUP. Através da partilha de saberes e experiências levou a que o tema em estudo fosse proveitoso para o serviço contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados, levando a afirmar que os meus objetivos para este módulo tenham sido atingidos.

A execução das atividades realizadas permitiram-me desenvolver e demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas; zelar pelos cuidados prestados na minha área de especialização; promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros; demonstrar conhecimentos sobre as doenças comuns às várias

idades; encaminhar as crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais; assistir a criança/família na maximização da sua saúde através de um maior conhecimento de modo a diagnosticar e intervir nas doenças das diversas faixas etárias; cuidar da criança/família em situações de maior complexidade nomeadamente crianças portadoras de doenças gastrointestinais crónicas promovendo a sua adaptação à nova situação de saúde; comunicar com a criança/família utilizando técnicas apropriadas à idade e estado de desenvolvimento da criança (UCP, 2009 e OE, 2010b).

3.3.2. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do HDE

A UCIN é um local onde se proporciona uma vigilância, tratamento e cuidados aos recém-nascidos (RN) prematuros e de termo com problemas de saúde que possam ser potencialmente graves. A UCIN encontra-se localizada no 1º piso do edifício principal do HDE e integra o departamento de Urgência/Emergência, juntamente com o SUP e a UCIP. A UCIN recebe crianças com doença aguda/crónica com idade pós-natal até aos 28 dias (inclusive), sempre que a situação exija cuidados médicos e de enfermagem diferenciados. Os RN admitidos na UCIN pertencem à SRSLVT, zona sul do país e ilhas. A admissão na unidade era realizada a maior parte das vezes por transferência do bloco de partos do HDE até este ser encerrado em Junho de 2011. No entanto atualmente os RN são transferidos de outros serviços do hospital (nomeadamente SUP, Serviço Pediatria Médica (SPM) 5.1, Unidade de Cuidados Especiais Respiratórios e Nutricionais (UCERN) e serviço de internamento de obstetria) ou de outras unidades hospitalares, nomeadamente a Maternidade Alfredo da Costa (MAC) sendo transportados pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM).

O método de trabalho utilizado é o método de Enfermeiro Responsável, em que no momento da admissão de cada RN, é estipulado um enfermeiro responsável pela preparação desta família, tendo em vista a preparação da alta. Deste modo, o enfermeiro responsável avalia o grau de autonomia dos pais enquanto prestadores de cuidados (registando em folha própria) e ao longo de todo o internamento incentiva-os a colaborarem na prestação de cuidados, ajudando-os no seu processo de aquisição de competências parentais, adaptando-se assim ao RN. No método de trabalho por enfermeiro responsável, é atribuída a cada enfermeiro a responsabilidade pelos cuidados totais ao doente durante as 24 horas, cabendo-lhe a avaliação do processo e dos

resultados, pelo que é uma responsabilidade atribuída apenas ao enfermeiro dotado de competências para a tomada de decisão (PEARSON, 1988; PINHEIRO, 1994). O enfermeiro responsável é assim o enfermeiro de referência que realiza a avaliação inicial, diagnóstico, planeamento e avaliação dos cuidados prestados e supervisão dos cuidados planeados durante o internamento (OE, 2011).

Preconiza-se que o enfermeiro responsável seja qualificado e especializado sendo-lhe atribuídas crianças que ficam sob a sua responsabilidade permanente, idealmente desde a admissão até à alta, avaliando no final as intervenções de enfermagem realizadas. De modo a permitir a continuidade dos cuidados são efetuados os registos das intervenções de enfermagem executadas, incluindo os ensinamentos efetuados e grau de autonomia adquirido pelos pais, em folha própria e por todos os enfermeiros que cuidaram daquele bebé. É ainda do comprometimento do enfermeiro responsável, o preenchimento da carta de alta, a articulação dos cuidados (por exemplo, com a Unidade Móvel Apoio Domiciliário) e o telefonema no dia seguinte pós-alta. O acolhimento aos pais/visitas do bebé é realizado pelo enfermeiro.

Visto ter iniciado este percurso com um tema específico, concluo o último módulo de estágio abordando o mesmo tema, com a particularidade de ter alargado o campo de intervenção e abranger não só as necessidades especiais de alimentação, mas também as de eliminação, visto a taxa de ocupação da UCIN de criança com ostomias intestinais ter vindo a aumentar nos últimos 3 anos (2010 com 21 casos; 2011 com 23 casos e 2012 com 24 casos). Assim sendo projetei para meu primeiro objetivo

- Prestar Cuidados de Enfermagem diferenciados e especializados à criança família com doenças gastrointestinais crónicas com necessidades especiais de alimentação e eliminação em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança

Durante o período de estágio, ainda que restrito, deu-me a oportunidade de prestar cuidados ao recém-nascido de acordo com a sua situação clínica, contactando com uma variedade de patologias e situações específicas. O facto de contactar com outras situações tornou-se relevante sendo uma mais-valia, na medida em que consegui adquirir mais conhecimentos e competência para responder às diferentes situações. De acordo com cada situação a prestação de cuidados foi individualizada e adequada, sendo

efetuados ensinamentos individualizados com vista ao desenvolvimento de competências por parte dos principais prestadores de cuidados, pois ao contactarem com um recém-nascido prematuro, poderá trazer algumas inquietudes, nomeadamente por não estarem ainda preparados para a parentalidade.

Através de conversa informal com a equipa dinamizadora de estomas intestinais da UCIN, elaborei um questionário (ANEXO XXIII) que foi distribuído aos pais de RN internados com estomas que ocupavam a UCIN durante o período de estágio, de forma a aferir a importância que atribuíam à existência de um manual ou folheto informativo referente a ostomias intestinais. Durante este período a taxa de ocupação da UCIN de RN com estomas foi de 4 crianças, sendo que a taxa de entrega de questionários preenchidos foi de 100%, chegando à conclusão que os pais atribuem importância à existência de um documento escrito que contemple informação referente aos estomas, sendo que 75% afirma não ter conhecimento do que é um estoma. Foi assim elaborado um manual sobre estomas intestinais (ANEXO XXIV), para complementar o KIT existente na UCIN formado pelo grupo dinamizador de estomas intestinais, para ser utilizado e distribuído quando o RN é intervencionado cirurgicamente para a execução de um estoma. Elaborei também uma folha de continuação de cuidados (ANEXO XXV), visto ser uma necessidade verbalizada pela porta-voz do grupo, para que a criança que apresenta estomas intestinais, ao ter alta da UCIN para um serviço de internamento, esteja descrito toda a informação relevante à criança e ao estoma, para ser facilitador para a equipa de enfermagem que a receber.

Foi posteriormente elaborado um questionário à equipa de enfermagem relativamente à importância que atribuem, à formação e temas que gostariam de ver abordados numa sessão de formação (ANEXO XXVI). Os questionários foram distribuídos após passagens de turno e enviados via-email, no entanto a taxa de preenchimento foi inferior a 50%. Visto neste momento, viver-se na UCIN uma situação de mudança para outras instalações, trazendo alguma instabilidade e desmotivação da equipa, este pode ter sido um motivo para a taxa de preenchimento de questionários ser reduzida. Assim não foi elaborada a sessão, por aconselhamento da enfermeira orientadora, pois não seria um momento oportuno. No entanto foi elaborada teoricamente (ANEXO XXVII), ficando disponível para a equipa de enfermagem, como

sugestão de esta vir a ser efetuada futuramente, nas novas instalações. Para colmatar as necessidades do serviço, visto não haver nenhuma informação teórica ou prática sobre gastrostomia, elaborei um KIT “*O meu filho tem uma gastrostomia. Que preciso de saber?*”, simultaneamente com uma norma e instrução de trabalho (ANEXO XXVIII), facilitando e clarificando a informação a ser transmitida aos pais de RN que irão colocar gastrostomia, juntamente com um modelo RN e um manual de cuidados, para ser distribuído aos pais, antes do RN ir ao bloco.

Paralelamente contactei com diversas situações, tais como o RN prematuro, com estoma, com gastrosquisis, tendo a oportunidade de proporcionar um ambiente favorável ao seu desenvolvimento. O RN ao necessitar de ficar hospitalizado, permanece numa incubadora até atingir a maturidade necessária dos órgãos e estabilizar os parâmetros vitais, tais como peso, temperatura, respiração e frequência cardíaca, vivenciando sentimentos de privação, nomeadamente da mãe, pela separação “imposta”, podendo ainda necessitar de procedimentos invasivos e dolorosos (SILVA et al., 2012). Pude constatar que o RN ao necessitar de procedimentos dolorosos apresenta parâmetros vitais alterados, visíveis através da monitorização cardiorrespiratória e pelo estado do RN, procurando o consolo num objeto significativo, através da chucha ou pela administração de pequenas quantidades de sucrose oral, sendo estas algumas das medidas não farmacológicas utilizadas pela equipa de enfermagem, indo assim ao encontro do referido por LINHARES e DOCA (2010). GASPARDO et al. (2008) constatarem que a sucrose administrada por via oral, é um dos procedimentos mais eficazes no controlo da dor, sendo que no HDE, existe uma norma relacionada com a administração de sucrose oral na realização de procedimentos dolorosos (HDE, 2010) sendo por isso uma prática da instituição, garantindo a qualidade dos cuidados. Ainda de acordo com a AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (2000), a prática de utilização de sucrose existe desde 2000, sendo uma intervenção não farmacológica recomendada para o alívio da dor de RN internados nas unidades de cuidados intensivos, onde estes estão sujeitos a inúmeros procedimentos, tais como punções venosas.

É reconhecido que os RN têm dor, guardam memória da dor e que a dor não tratada tem consequências imediatas e a longo prazo (PORTUGAL, 2012a). Segundo as orientações propostas pela DGS relativamente ao controlo da dor em RN, deve gerir-se os estímulos

ambientais e utilizar medidas de conforto de forma a reduzir o *stress*, reduzindo por exemplo a intensidade da luz e do ruído, sendo práticas intrínsecas à equipa de enfermagem da UCIN (PORTUGAL, 2012a). Deste modo pode verificar que existe o cuidado de proporcionar um ambiente acolhedor, com estímulos reduzidos, tentando equiparar ao máximo ao ambiente intra-uterino que é um ambiente escurecido. Todas as incubadoras estão cobertas com um tecido opaco, com o objetivo de escurecer o ambiente onde o RN se encontra o que vai de encontro ao referido por ALMEIDA et al. (2008).

A luminosidade é apenas aumentada quando se vai executar algum procedimento, e mesmo neste momento, pode constatar que é procurado diminuir o estímulo visual através da colocação de uma compressa ou fralda de pano sobre a face do RN. O aumento da luminosidade na execução de procedimentos vai de encontro ao estudado por ALMEIDA et al. (2008, p.3) em que afirma que “aumentos temporários da iluminação estão indicados para examinar os RN’s ou executar os procedimentos técnicos”, bem como nas zonas de preparação de medicação, de registo e leitura dos processos clínicos e de lavagem das mãos.

Como segundo objetivo e tendo em conta o local de estágio surge:

- Compreender a atuação e funções do enfermeiro especialista no contexto de unidade de cuidados intensivos neonatais

Durante este estágio em contexto de cuidados intensivos, menciono as competências que pude aperfeiçoar e adquirir nomeadamente a assistência à criança/família na maximização da saúde, através de um estabelecimento de parceria com os pais/pessoas significativas no cuidado ao RN, com o objetivo de criar uma parceria, envolvendo os pais na prestação de cuidados, promovendo a autonomia no cuidado ao RN com vista à alta. Tendo em conta que a hospitalização do RN em cuidados intensivos, é uma situação de especial complexidade, procurei adquirir competência de modo a responder adequadamente a estas situações, reconhecendo condições de instabilidade através da monitorização cardio-respiratória e pelo estado e reação da criança, bem como utilizar estratégias não farmacológicas para o alívio da dor, como técnicas de conforto (posicionamento) e o toque. Concomitantemente, para responder adequadamente às necessidades de desenvolvimento do RN/pais, procurei promover a vinculação dos pais

com o RN, incluindo-os nos cuidados, respeitando sempre as suas decisões e tempo de aprendizagem. Sendo uma das competências a ser desenvolvida pelo enfermeiro especialista, a prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e jovem, ao longo do tempo tenho conseguido aperfeiçoar e melhorar esta minha competência (OE, 2009).

Cuidar da criança em situações de especial complexidade, como é o caso de uma unidade de cuidados intensivos, tendo a capacidade de reconhecer situações de instabilidade das funções vitais, agindo adequadamente, tendo em conta a monitorização cardio-respiratória, e o estado da criança, é uma particularidade que aponto para os enfermeiros especialistas que exercem funções numa unidade de cuidados intensivos. SILVA et al. (2012) constataram que os profissionais conseguem compreender algumas particularidades do neonato pré-termo, fazendo por isso a diferença nos cuidados prestados a nível geral de uma enfermaria, prestando particular atenção ao quadro respiratório, à alimentação, à fragilidade da pele, ao sistema corporal, imunológico, gastrointestinal e nervoso, ou seja, baseando-se nas funções e necessidades fundamentais do organismo.

4. CONCLUSÃO

A construção deste relatório permitiu-me refletir ao longo dos diversos módulos de estágio em diferentes contextos, sobre o papel do EESIP como promotor da adaptação da criança/família à doença crônica gastrointestinal, com necessidades especiais de alimentação, sempre sustentada pela aquisição de competências do EESIP. Apesar da sua construção ter sido complexa, proporcionou-me momentos de reflexão de forma a compreender o percurso por mim traçado e “caminhado” ao longo destes meses. Considero que os objetivos do relatório foram atingidos, sendo este documento a compilação referente ao trabalho desenvolvido com a consequente reflexão crítica sobre a forma como o mesmo me permitiu adquirir competências do EESIP. O desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista ocorre através da experiência a nível profissional, envolvendo as personagens, os contextos e os saberes. Assim, ressalto deste longo percurso, as diversas experiências que me foram proporcionadas e o grande investimento e esforço realizado para conseguir alcançar as etapas por mim traçadas e desenvolver e adquirir as competências do enfermeiro especialista. Este percurso permitiu-me ainda refletir sobre as minhas ações como enfermeira, projetando-as numa caminhada futura, conquistando e aperfeiçoando as competências do EESIP, contribuindo para a prestação de cuidados de enfermagem de excelência e de qualidade. A Ordem dos Enfermeiros (2002, p.5) suporta esta ideia afirmando nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de enfermagem que “a qualidade exige reflexão sobre a prática (...) o que evidencia a necessidade de tempo apropriado para refletir nos cuidados prestados”.

Este percurso, ao longo dos diversos módulos, foi sustentado pelo Modelo de Adaptação da Irmã Callista Roy, inserido na filosofia dos cuidados centrados na família, uma vez que esta é uma constante na vida da criança, considerando as necessidades e motivações das equipas de enfermagem.

O trabalho desenvolvido no Modulo I de estágio, na USFM teve como objetivo demonstrar a importância de uma equipa multidisciplinar informada e motivada para cuidar da criança que apresenta alterações numa necessidade fisiológica fundamental – Alimentação, contribuindo para os cuidados de saúde de qualidade e excelência. A visita domiciliária efetuada a uma criança com gastrostomia permitiu-me, efetuar a

articulação entre a USFM e os recursos existentes na comunidade, proporcionando um desenvolvimento a nível da educação a esta criança, e compreendendo a vivência da família com uma criança com gastrostomia através do testemunho de uma mãe. No desenrolar das consultas de enfermagem, através da observação do desenvolvimento da criança, foram efetuados ensinamentos individualizados a cada caso, proporcionando um desenvolvimento adequado a cada faixa etária bem como promovendo a adaptação a alguma situação de saúde/doença específica.

Relativamente ao Módulo II efetuado em contexto de trabalho e de internamento, permitiu-me demonstrar e alertar a equipa de enfermagem para a existência de crianças com alterações a nível da alimentação, uniformizando os cuidados e evitando possíveis complicações. Considero ter superado as expectativas da equipa, juntamente com as restantes sessões de formação elaboradas por sugestão e interesse da mesma. Ainda durante este módulo através da opinião dos pais, chegou-se à conclusão da importância da existência de uma consulta de enfermagem, pré-exames gastroenterológicos. Aponto como limitação o facto de não ter tido a oportunidade de assistir a estas consultas realizadas em contexto de adultos, no entanto após confrontação dos resultados dos questionários e com a literatura consultada, fica como sugestão a implementação de uma consulta de enfermagem antes da elaboração dos exames endoscópicos. Sugiro ainda a elaboração de um estudo entre um grupo de crianças que assistem à consulta de enfermagem pré-exame e outro grupo de crianças que não têm consulta de enfermagem, avaliando o resultado entre os dois grupos, relacionadas com as preparações físicas e dúvidas existentes, justificando ou não a importância da existência de uma consulta de enfermagem.

Por último no Módulo III, em contexto de urgência, foi gratificante observar o contentamento demonstrado pela equipa de enfermagem, na transmissão de informação sobre crianças com gastrostomia, proporcionando momentos de reflexão e partilha de experiências, permitindo-me sensibilizar a equipa de enfermagem nos cuidados a estas crianças. Ainda dentro do mesmo módulo, em contexto de cuidados intensivos neonatais, tive a oportunidade de inovar, devido ao tema em estudo, construindo um KIT de gastrostomia com o objetivo de facilitar a transmissão de informação aos pais por parte da equipa de enfermagem. Visto não ter sido possível executar a sessão de

formação proposta sobre o tema em estudo, fica como sugestão assim que o serviço estiver reorganizado.

A execução deste relatório e a análise do trabalho realizado demonstraram a falta de informação e conhecimento das várias equipas de enfermagem sobre a temática em estudo, revelando-se por isso como fundamental a intervenção do EESIP. As minhas expectativas foram satisfeitas e as atividades realizadas em cada local de estágio, foram uma mais-valia para a demonstração do meu trabalho, mas primeiramente para aumentar os meus conhecimentos e competências na área em estudo. Senti que o trabalho desenvolvido por mim foi reconhecido pelas várias equipas de saúde pelas quais passei, como relevante, interessante e necessário para o serviço, sendo um reforço positivo e recompensa por todo o investimento e trabalho realizado.

O enfermeiro especialista em saúde infantil tem a competência de assistir a criança e família, na maximização da sua saúde, estabelecendo uma parceria de cuidados com a criança e pais individualizada, que seja promotora da otimização da saúde, pois cada criança vivencia o processo de saúde/doença de modo único e singular. Ainda nesta parceria deve implementar um plano de saúde promotor da capacidade de gerir o regime, em que o enfermeiro negocia a participação da criança/família em todo o processo, com vista ao bem-estar; comunica de forma adequada ao estágio de desenvolvimento da criança, respeitando as diferenças culturais; desenvolve o ensino, instrução e treino especializado e individual às crianças e famílias, facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos, pelos quais vão passar.

Ao concluir este relatório, constato que todo este percurso foi uma abertura de horizontes iniciando-se uma nova etapa, ou seja, passando a atuar como enfermeira especialista em saúde infantil, demonstrando e aperfeiçoando as competências que me foram possíveis de adquirir durante esta caminhada, de modo a ser uma referência para a equipa multidisciplinar, detentora de conhecimentos, respondendo de modo adequado e atempado em situações inesperadas.

Num futuro próximo pretendo publicar dois artigos científicos sobre a temática em estudo, visto esta ser pouco conhecida e estudada pelas equipas multidisciplinares.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ ALMEIDA, A. [et al.] - Luz na unidade de cuidados intensivos neonatais: Consenso aprovado pela Sociedade Portuguesa de Neonatologia nas XXXVI Jornadas Nacionais de Neonatologia, em Viseu, em 8 de Maio de 2008.
- ✓ AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Committee on Fetus and Newborn, Committee on Drugs, Section on Anesthesiology, Section on Surgery. Canadian Paediatric Society, Fetus and Newborn Committee – Prevention and management of pain and stress in the neonate. *Pediatrics*. 105:2 (2000) 454-461.
- ✓ ANDRADE, T. [et al.] - Triagem de Manchester na idade pediátrica: estudo Inter-hospitalar. *Nascer e Crescer*. 17:1 (2008) 16-20.
- ✓ ARAÚJO, Y. B. [et al.] – Conhecimento da família acerca da doença crónica na infância. *Texto Contexto Enfermagem*. Florianópolis. 18:3 (2009) 498-505.
- ✓ BALSANELLI, A. e CUNHA, I. - Liderança no contexto de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem USP*. 40:1 (2006) 117-122.
- ✓ BÁRTOLO, E. – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos: um lugar onde os profissionais de saúde aprendem. *Revista de Ciências da Educação*. 5 (2008) ISSN 1646-4990. 7-17p;
- ✓ BENNER, P. – *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora, 2001.
- ✓ BENNETT, P. - Introdução clínica à psicologia da saúde. Lisboa: Climepsi Editores, 2002. 304p. ISBN 972-796-033-2
- ✓ BRAZELTON, T. B. – *O grande livro da criança*. 9ª ed. Barcarena: Editorial Presença. 2006.
- ✓ BRAZELTON, B.T. e SPARROW, J.D. – *A Criança dos 3 aos 6 anos: o desenvolvimento emocional e do comportamento*. Barcarena: Editorial Presença, 2008. 353p.
- ✓ BRAZELTON, T. B. e SPARROW, J. D. - *A criança e a alimentação*. 4º. Lisboa: Editorial Presença, 2009.
- ✓ BROERING, C. e CREPALDI, M. – Preparação psicológica para a cirurgia em pediatria: importância, técnicas e limitações. *Paidéia*. Florianópolis. 18:39 (2008) 61-72.
- ✓ BROERING, C. e CREPALDI, M. – Preparação psicológica e o estresse de crianças submetidas a cirurgias. *Psicologia em Estudo*. Maringá. 16:1 (2011) 15-23.
- ✓ BROTHERTON, A. e ABBOTT, J. – Mother’s Process of Decision Making for Gastrostomy Placement. *Qualitative Health Research*. 22:5 (2012) 587-594

- ✓ CAMPOS, R. [et al.] - Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. *Revista Escola Enfermagem USP*. São Paulo. 45:3 (2011) 566-74.
- ✓ CASTRO, R e PAULA, B. - *O papel da comunicação na acção de liderança exercida pelo enfermeiro* (2002). http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000052002000200036&script=sci_arttext. 22-11-2011 16:00
- ✓ CHAREPE, Zaida Borges - O Encontro com a ajuda mutua: percepção dos pais de crianças com doença crónica. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, orientada pelo Professor Doutor Luis Miguel Neto, apresentada na Universidade Aberta de Lisboa, 2006.
- ✓ COELHO, M. [et al.] – 150 Anos da pediatria portuguesa e meio século de urgências pediátricas: casuística do hospital de dona Estefânia. Lisboa: Tipografia Belgráfica, Lda, 2012.
- ✓ COELHO, S. e MENDES, I. - Da pesquisa à prática de enfermagem aplicando o Modelo de Adaptação de Roy. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. Rio de Janeiro. 15:4 (2011) 845-850
- ✓ COLLIÈRE, M. F. - *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999. 385p. ISBN 972-95420-0-7.
- ✓ DOMENIS, D. – *Estudo da deglutição em pacientes com miopatia mitocondrial do tipo oftalmoplegia externa crónica progressiva: avaliação clínica, manométrica e videofluoscópica*. Dissertação para obtenção do Título de Mestre em Biociências aplicada à Clínica Médica orientada pelo Prof. Dr. Roberto Dantas e apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2008.
- ✓ DUARTE DA NOBREGA, R. [et al.] – Criança em Idade Escolar Hospitalizada: significado da condição crónica. *Redalyc Sistema de Informacion Cientifica*. 19: 3 (2010) 425-433.
- ✓ FEREDAY, J. [et al.] - Food for thought: investigating parents’ perspectives of the impact of their child’s home enteral nutrition (HEN). *Neonatal, paediatric and child health nursing*. 12:1 (2009) 9-14
- ✓ FERREIRA, L. - *De que falamos quando se fala em “Enfermeiro de Família”?*(2010) <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoresh/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/Dequefalamosquandosefalaem%E2%80%9CEnfermeirodeFam%C3%ADlia%E2%80%9D.aspx> 25-05-2012 16:30
- ✓ FRICKER, J. [et al.] - *Guia da Alimentação da Criança*. Lisboa : instituto piaget, 1998.

- ✓ GALVÃO, C.M. [et al.] - A liderança do enfermeiro no século XXI: algumas considerações. *Revista da Escola de Enfermagem USP*. 32:4 (1998) 302-306. <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/446.pdf>. 21-11-2011 18:00
- ✓ GASPARDO, C. M. [et al.] - Is pain relief equally efficacious and free of side effects with repeated doses of oral sucrose in preterm neonates? *Pain*, 137:1 (2008) 16-25.
- ✓ GENTIL DINIZ, M. [et al.] – O entrelaçar histórico da consulta de enfermagem com a vivência profissional. *Enfermería Global*. 15 (2009) 1 – 11.
- ✓ GUERRA, J. – *Liderança e motivação de equipas*. http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver_opiniao.php?codigo=AOP0110&area=d8&subarea. 22-11-2011 18:34
- ✓ GUNTON-BUNN, C. e MCNEE, P. – Psychosocial implications of gastrostomy placement. *Paediatric Nursing*. 21:7 (2009) 28-31
- ✓ HDE – Protocolo de administração de sucrose oral ao utente pediátrico. TRC 141 de 2010. Lisboa: HDE;
- ✓ HDE – Missão do Hospital D. Estefânia. Boletim Informativo nº 191/05 de 06/09/2005. Lisboa: HDE;
- ✓ HDE – Política de admissão do Hospital D. Estefânia. Boletim informativo nº 34/05 de 25/01/2006. Lisboa: HDE;
- ✓ HDE – Procedimento de referência e admissão na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. Manual da qualidade – Boletim informativo, nº 15/05 de 29/01/2007. Lisboa: HDE;
- ✓ HOCKENBERRY, M. J. e WILSON, D. – *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. ISBN 978-85-352-3447-3
- ✓ HUTCHFIELD, K. – Family-centred care : a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. Blackwell Science Ltd. 29:5 (1999)
- ✓ INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA- Carta da Criança Hospitalizada. Humanização dos serviços de atendimento à criança. Lisboa: IAC, 1988. ISBN 972-8003-14-5
- ✓ INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Lisboa: INE, 2009. ISBN 978-972-673-845-8
- ✓ JIMÉNEZ, D. G. [et al.] – Patología gastrointestinal en niños con parálisis cerebral infantil y otras discapacidades neurológicas. *Anales de Pediatría*. Barcelona. 73:6 (2010) 361.e1-361.e6.
- ✓ JORGE, A. - *Família e Hospitalização da Criança (re) pensar o cuidar em enfermagem*. Loures : Lusociência, 2004. 192p. ISBN - 978-972-8383-79

- ✓ KÉROUAC, S. [et al.] – *El Pensamiento Enfermero*. Barcelona: Elsevier Doyma, 1996.
- ✓ LE BOTERF, G. – Desenvolvendo a competência dos profissionais. Porto Alegre: Artmed, 2003, 278 p. ISBN 85-363-0129-5
- ✓ LINHARES, M e DOCA, F. N. – Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. *Temas em Psicologia*. Brasília.18:2 (2010) 307-325.
- ✓ LISSAUER, T. e CLAYDEN, G. – *Manual ilustrado de pediatria: com dados e informação adaptada à realidade brasileira*. 3ª ed. Rio de Janeiro : Elsevier Editora Ltda, 2009.
- ✓ MAGALHÃES, S. – A vivência de transições na parentalidade face ao evento hospitalização da criança. Dissertação de Mestrado, orientado pela Prof. Doutora Maria do Céu Barbieri Aguiar de Figueiredo apresentada na Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2011.
- ✓ MAHANT, S.; JOVCEVSKA, V.; COHEN, E. – Decision-Making around gastrostomy-feeding in children with neurologic disabilities. *Pediatrics*. (2011) 1471-1480
- ✓ MAIA, H. [et al] – Manual de ajuda mútua. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência, 2002. ISBN 972-9301-76-X. 42p.
- ✓ MARINHEIRO, P. – *Enfermagem de Ligação: Cuidados Pediatricos no Domicílio*. Coimbra : Quarteto, 2002. 150p. ISBN 9728717164
- ✓ MARTINEZ-COSTA, C. [et al.] - Early decision of gastrostomy tube insertion in children with severe developmental disability: a current dilemma. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 24 (2011) 115-121
- ✓ MELEIS, A. – *Theoretical nursing. Development and progresso*. 2ª ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.1991
- ✓ MENDONÇA, R. [et al.] – A Importância da Consulta de Enfermagem em Pré-operatório de Ostomias Intestinais. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 53:4 (2007) 431-435.
- ✓ MENEZES, H. – Evitar os acidentes no primeiro ano de vida: vale a pena crescer em segurança. Lisboa: APSI, 2003. ISBN 972-95995-2-1
- ✓ NUNES, L.; AMARAL, M.; GONÇALVES, R. – *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. s.l. : Ordem dos Enfermeiros, 2005.

- ✓ OPPERMAN, C. S. e CASSANDRA, K. A. – *Enfermagem Pediátrica Contemporânea*. Loures: Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-19-3
- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização de Especialidades Clínicas em Enfermagem*. Dezembro 2009.
<http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/cadernostematicos2.pdf>. 02-05-2012 22:25
- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual; Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2002.
- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. 2010a. 10p.
- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde da Criança e do Jovem*, 2010b. 5p.
http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov_aprovadoAG_20Nov2010.pdf 20-04-2012 19:00
- ✓ ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*, 2011. 14p.
- ✓ PEARSON, A. - *Primary Nursing*. London: Crom Helm, 1988.
- ✓ PEREIRA, F. - A gastrostomia Endoscópica na Nutrição Entérica da Criança. *Jornal Português de Gastrenterologia*. Porto. 18 (2011) 268-269
- ✓ PIMENTA, Joana Novais – *Gastrostomia endoscópica percutânea: A sua importância na criança*. Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina orientada pelo orientador Dr. Fernando Pereira e apresentada no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar no Porto em 2010
- ✓ PINHEIRO, M. F. R. - Organizar a prestação de cuidados: Uma função / desafio para o enfermeiro chefe. *Servir*. 42:6 (1994) 319-331.
- ✓ PORTUGAL. Alto Comissariado da Saúde – *Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente 2004-2008*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, 2009. 176 p. ISBN 978-989-96263-0-0
- ✓ PORTUGAL. Declaração dos Direitos da Criança. Proclamada pela Resolução da Assembleia Geral 1386 (XIV), de 20 de Novembro de 1959.
- ✓ PORTUGAL. Direção Geral da saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. *Circular Normativa nº 05/DSMIA. 21-02-06*. Consultas de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil: atualização das curvas de crescimento. (2006a)

- ✓ PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes – *Saúde Infantil e Juvenil: Programa Tipo de Actuação*. 2ªed. Lisboa: DGS, 2002. 48 p. ISBN 972-675-084-9
- ✓ PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes – *Urgências no Ambulatório em Idade Pediática*. 1ºvol. Lisboa: DGS, 2004. p.48
- ✓ PORTUGAL. Direcção Geral de Saúde – *Programa Nacional de Saúde dos Jovens 2006-2010*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Proposto para homologação em 24 de Novembro de 2005 e aprovado por Despacho N.º 12 045/2006 do Alto-Comissário da Saúde, em 9 de Maio de 2006 (2006b)
- ✓ PORTUGAL. Ministérios das Finanças e da Saúde. Conceitos – Portaria n.º 306-A/2011 de 20 de Dezembro: D.R.:I Série, N.º 242, 20 de Dezembro de 2011 p. 5348
- ✓ PORTUGAL. Ministério da Saúde – *Cuidados de Saúde Primários: a contratualização na perspectiva da doença crónica Outubro 2007*
http://www.contratualizacao.min-saude.pt/Downloads_Contrat/Newsletter/Newsletter%20n%BA3_ARSLVT%20no%20site.pdf. 22-05-2012 15:30
- ✓ PORTUGAL. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 178/85 de 23 de Maio Revogado pelo art.º 68.º do DL n.º 437/91, de 8/11. Ministério da Saúde (1985).
http://www.igf.financas.pt/inflegal/bd_igf/bd_legis_geral/Leg_geral_docs/DL_178_85.htm 18-12-2011 18:50
- ✓ PORTUGAL. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio. Estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde (2006c)
- ✓ PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral de Saúde – *Orientação n.º 024/2012. 18-12-2012. Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)*. (2012a)
- ✓ PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral de Saúde – *Programa Nacional de Vacinação 2012: DR.: II Série, n.º 243, 2011-12-21, p. 49511* (2012b)
- ✓ PORTUGAL. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros - Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril.
- ✓ RIOS, C. e VIEIRA, N. - Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 12:2 (2007) 477-486

- ✓ ROCHA, R. [et al.] - Factores associados ao não cumprimento do Programa Nacional de Vacinação e das vacinas pneumocócica conjugada heptavalente e contra o rotavírus. *Acta Pediatrica Portuguesa*. 41:5 (2010) 195-199.
- ✓ ROMÃO, C. P.; ALMENIDA, S. B.; PONCE DE LEON, C. G. - Pacientes Gastrostomizados: enfrentamento dos cuidadores no domicílio. *Revista Eletronica de Enfermagem do UNIEURO*. Brasilia 1:2 (2008) 18-34
- ✓ SALMON, K. - Commentary: Preparing Young Children for Medical Procedures: Taking Account of Memory. *Journal of Pediatric Psychology*. 31:8 (2006) 859-861.
- ✓ SAPAROLLI, E. e ADAMI, N. - Avaliação da qualidade da consulta de enfermagem à criança no Programa de Saúde da Família. *Acta Paul Enfermagem*. 20:1 (2007) 55-61.
- ✓ SILVA, L. [et al.] – O cuidado de enfermagem ao neonato pré-termo em unidade neonatal: perspectiva de profissionais de enfermagem. *Revista Eletrónica de Enfermagem*. 14:3 (2012) 634-643. <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n3/v14n3a21.htm>.
- ✓ SILVA, M. [et al.] – Cotidiano da família no enfrentamento da condição crónica na infância. *Acta Paul Enfermagem*. 23:3 (2010) 359-365.
- ✓ SILVEIRA, A.; ÂNGELO, M.; MARTINS, S. – Doença e hospitalização da criança: identificando as habilidades da família. *Revista Enfermagem*. Rio de Janeiro 16:2 (2008) 212-217
- ✓ SOCIEDADE EUROPEIA DE PEDIATRIA AMBULATORIA – *Carta Europeia dos Direitos da Criança e do Adolescente relativamente à Pediatria Ambulatória* (2006). <http://www.eticus.com/documentacao.php?tema=4&doc=208> 28-01-2013 9:15
- ✓ TOMEY, A.M.; ALLIGOOD, M.R. - *Teóricas de Enfermagem e a sua obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. 5ª ed. Lisboa: Lusociência, 2004. 750p. ISBN 972-8383-74-6
- ✓ UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA. Instituto de Ciências da Saúde – Escola Superior Politécnica de Saúde Mestrados em Enfermagem de Natureza Profissional. *Regulamento Geral*. 2009 14 p.
- ✓ WATSON, J. – *Enfermagem: ciência humana e cuidar, uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência. 2002
- ✓ YEH, L. [et al.] – Percutaneous endoscopic gastrostomy placement: caregiver decision making in Taiwan. *Journal of the Fourmosan Medical Association*. 112 (2013) 99-104

ANEXOS

***Anexo I – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância:
Ficha de Referenciação***

SISTEMA NACIONAL DE INTERVENÇÃO PRECOCE NA INFÂNCIA SNIPI FICHA DE REFERENCIAÇÃO		
IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA/FAMÍLIA Nome: _____ Data Nasç: ____/____/____ Gênero: Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> NISS _____ Residência: _____ C.P. _____ - _____ LOCAL ONDE SE ENCONTRA A CRIANÇA: <input type="checkbox"/> Domicílio: <input type="checkbox"/> Ama: <input type="checkbox"/> Creche <input type="checkbox"/> J.I.: <input type="checkbox"/> Outro: Qual _____ Familiar Responsável - (Grau de parentesco) _____ Nome: _____ T.M.: _____ Mail: _____		
MOTIVOS DA REFERENCIAÇÃO : MARQUE UMA X EM CADA CONDIÇÃO IDENTIFICADA		
1. ALTERAÇÕES NAS FUNÇÕES OU ESTRUTURAS DO CORPO 1.1. Atrasos de Desenvolvimento sftiologia conhecida Abrangendo uma ou mais áreas validado por avaliação fundamentada, feita por profissional competente para o efeito: <input type="checkbox"/> Motora <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Cognitiva <input type="checkbox"/> Linguagem e Comunicação <input type="checkbox"/> Emocional <input type="checkbox"/> Social e Adaptativa 1.2. Atraso de Desenvolvimento por Condições Específicas Diagnóstico relacionado com situações que se associam a atraso do desenvolvimento, <u>entre outras</u> : <input type="checkbox"/> Anomalia cromossómica (p. ex. Trissomia 21, Trissomia 18, Síndrome de X-Fragil) <input type="checkbox"/> Perturbação neurológica (p. ex. paralisia cerebral, neuro-fibromatose) <input type="checkbox"/> Malformações congénitas (p. ex. síndromas polimalformativos) <input type="checkbox"/> Doença metabólica (p. ex. mucopolissacarídeos, glicogenoses) <input type="checkbox"/> Défice sensorial (p. ex. baixa visão/cegueira, surdez) <input type="checkbox"/> Perturbações relacionadas com exposição pré-natal a agentes teratogénicos ou a narcóticos, cocaína e outras drogas (p. ex. síndrome fetal alcoólico) <input type="checkbox"/> Perturbações relacionadas com infeções severas congénitas (p. ex. HIV, grupo TORCH, meningite) <input type="checkbox"/> Doença crónica grave (p. ex. tumores do SNC, D. renal, D. hematológica) <input type="checkbox"/> Desenvolvimento atípico com alterações na relação e comunicação (p. ex. perturbações do espectro do autismo) <input type="checkbox"/> Perturbações graves da vinculação e outras perturbações emocionais.	2. RISCO GRAVE DE ATRASO DE DESENVOLVIMENTO 2.1. Crianças Expostas a Factores de Risco Biológico Baseiem-se num diagnóstico relacionado com, <u>entre outros</u> : <input type="checkbox"/> História familiar de anomalias genéticas, associadas a perturbações do desenvolvimento; <input type="checkbox"/> Exposição intra-uterina a tóxicos (alcohol, drogas de abuso e infeções HIV e Hepatite C); <input type="checkbox"/> Complicações pré-natais severas (Hipertensão, toxémia, infeções, hemorragias, etc.); <input type="checkbox"/> Prematuridade < 33 semanas de gestação; <input type="checkbox"/> Muito baixo peso à nascença (< 1,5kg); <input type="checkbox"/> Atraso de Crescimento Intra-Uterino (ACIU): Peso de nascimento < percentil 10 para o tempo de gestação; <input type="checkbox"/> Asfixia perinatal grave (Apgar ao 5º minuto <4 ou pH do sangue do cordão <7,2 ou manifestações neurológicas ou orgânicas sistémicas neonatais). <input type="checkbox"/> Complicações neonatais graves (sépsis, meningite, alterações metabólicas ou hidroelectrolíticas, convulsões) <input type="checkbox"/> Hemorragia intraventricular <input type="checkbox"/> Infeções congénitas (Grupo TORCH) <input type="checkbox"/> Infeções graves do sistema nervoso central (Meningite bacteriana, meningocelalite) <input type="checkbox"/> Traumatismos cranianos graves <input type="checkbox"/> Otite média crónica com risco de défice auditivo	SERVIÇOS ENVOLVIDOS DE : 1. ACÇÃO SOCIAL Serviço Local : TR - _____ RSI/Instituição/TR - _____ Processo Tribunal <input type="checkbox"/> PPP <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> Outro TR - _____ Instituição c/acordos S.S. - <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual: _____ Ama / Nome: _____ TR: _____ 2. CPCJ Qual : _____ TR : _____ 3. IPSS / INSTITUIÇÕES Qual : _____ Tipo de Resposta: <input type="checkbox"/> Creche Familiar <input type="checkbox"/> Creche <input type="checkbox"/> J.I. <input type="checkbox"/> Apoios Específicos Qual : _____ 4. SERVIÇOS DE EDUCAÇÃO J.I.: _____ Tem Educação Especial <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não TR: _____ 5. SERVIÇOS DE SAÚDE Hospital: _____ Responsáveis: _____ Entidade Saúde Local _____ Médico de Referência: _____ Outros Técnicos: _____ Contactos (☎, T.M, Mail): _____ _____ _____ _____
2.2. Crianças Expostas a Factores de Risco Ambiental		
Factores de Risco Parentais <input type="checkbox"/> Mães adolescentes <18 anos <input type="checkbox"/> Abuso de álcool ou outras substâncias aditivas <input type="checkbox"/> Maus-tratos activos (físicos, emocionais e abuso sexual) e passivos (negligência nos cuidados básicos a prestar à criança – saúde, alimentação, higiene e educação) * <input type="checkbox"/> Doença do foro psiquiátrico <input type="checkbox"/> Doença física incapacitante ou limitativa <input type="checkbox"/> Escolaridade <4º ano (ensino básico de acordo com a idade) * Penha, T. (2000) <i>Tipologia de maus-tratos</i>	Factores de Risco Contextual <input type="checkbox"/> Isolamento (ao nível geográfico e dificuldade no acesso a recursos formais e informais; discriminação sócio-cultural e étnica, racial ou sexual; discriminação religiosa; conflitualidade na relação com a criança) e/ou Pobreza (recurso a bancos alimentares e/ou centros de apoio social; desempregados; famílias beneficiárias de RSI ou de apoios da acção social) <input type="checkbox"/> Desorganização Familiar (conflitualidade familiar frequente; negligência da habitação a nível da organização do espaço e da higiene) <input type="checkbox"/> Preocupações acentuadas , expressas por um dos pais, pessoa que presta cuidados à criança ou profissional de saúde, relativamente ao desenvolvimento da criança, ao estilo parental ou interacção mãe/pai-criança	
Os pais foram informados desta referenciação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Os pais foram orientados para o serviço de I.P. da sua área (ELI) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Data Preenchimento: _____ Data de entrada na ELI: _____
IDENTIFICAÇÃO DO REFERENCIADOR: Nome: _____ Serviço: _____ Contactos: (morada, telefone, email) _____ ☎ _____ Mail: _____		

Anexo II - Sessão de formação “Gastrostomia: a criança com necessidades básicas de alimentação”

PLANO DE SESSÃO

TEMA: Gastrostomia – A Criança com Necessidades

Especiais de Alimentação

DATA: Dia 12 de Junho de 2012

HORA: 12 Horas

DURAÇÃO: 40 Minutos

FORMADORA: Andreia Vanessa Cravo Chaves

POPULAÇÃO ALVO: Profissionais de Saúde da USF

LOCAL: USF Marginal

OBJECTIVO GERAL:

- Demonstrar à Equipa de Saúde da USF Marginal a importância do cuidado especializado à criança e família com necessidades especiais de alimentação - Gastrostomia

OBJECTIVO ESPECÍFICO:

Que os profissionais sejam capazes de enumerar:

- O que é a gastrostomia
- Uma causa para a colocação da gastrostomia
- Uma complicação que possa surgir
- A importância da equipa de Saúde

Em 09/06/2012, às 11:26, mario santos <mariopereirasantos@gmail.com> escreveu:

Caros Marginais,

Segue o programa da próxima reunião clínica

**Programa Reunião Clínica
12.06.2012**

12:00 – 12:45 Convívio marginal <980.gif> <981.gif>

12:45 - 13:00 Informações gerais <338.gif>

Gastrostomia - a criança com necessidades especiais de alimentação

Responsável: Andreia Chaves (aluna de enfermagem)

Investigação na marginal:

- apresentação dos dados do estudo sobre registos de episódios clínicos na consulta de MGF (Comunidade Prática Cascais 2006)
 - discussão sobre o projecto de investigação - (continuação)
- Responsável: AB / Todos

Caso da semana

Mulher, 49 anos, com aparecimento súbito de febre (39°C) e lesão cutânea (anexa)?
Qual o diagnóstico? (respostas podem ser enviadas por email)

<derma2.jpg>

A elaboração da acta será efectuada pelo JPF

O núcleo de formação deseja a todos um excelente fim de semana



Etapas	Conteúdos programáticos	Métodos e técnicas pedagógicas	Recursos didáticos	Tempo (min)	Conclusão	Conhecimento do Material	Método Exploratório	Folheto Manipulação do Material	
Introdução	Apresentação do formador Apresentação do tema; Apresentação dos objetivos da sessão (geral e específico)	Método Expositivo	Computador Power Point	3'	Conclusão	Conclusão da sessão e esclarecimento de dúvidas Ficha de avaliação da sessão	Método Expositivo Entrega de Folha de Avaliação	Suporte de Papel	10' 5'
Desenvolvimento	<p>Conteúdos programáticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ O que é a gastrostomia <p>Conteúdos programáticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Em que situações se coloca Gastrostomia? ✓ A Gastrostomia ✓ Mitos de Gastrostomia ✓ Benefícios ✓ Prevenção ✓ A Importância de uma equipa multidisciplinar <p>✓ Cuidados no Domicílio</p>	Método Expositivo E Vídeo	Computador Power Point Media Player	7'					10'
		Método Expositivo Suporte Papel	Computador Power Point Entrega de	5'					



A Criança com Necessidades Especiais de Alimentação

Enf. Andreia Chaves
Aluna do Curso de Mestrado com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica
Orientado por:
Enf. Especialista em SIP Laura Nunes


Objectivo Geral

- Demonstrar à Equipa de Saúde da USF Marginal a importância do cuidado especializado à criança e família com necessidades especiais de alimentação - Gastrostomia



Objectivos Especificos

- Que os profissionais sejam capazes de enumerar:
 - O que é a gastrostomia
 - Uma causa para a colocação da gastrostomia
 - Uma complicação que possa surgir
 - A importância da equipa de Saúde



O que é a gastrostomia


- É um procedimento efetuado, por meio de endoscopia digestiva alta, em que é criada uma abertura no estômago, com a finalidade de administrar alimentos ou medicamentos .



Como é colocada a gastrostomia



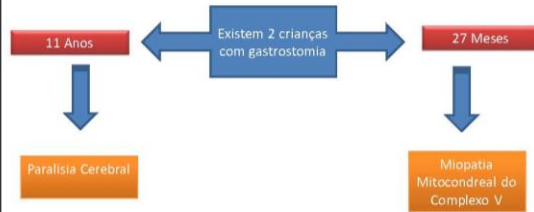
Como é colocada a gastrostomia



Como é colocada a gastrostomia



Prevalência na USF Marginal



Em que situações se coloca Gastrostomia?

- Em pediatria, a causa mais frequente para a colocação de gastrostomia, ou seja, alimentação por via enteral, são crianças com doenças neurológica, principalmente paralisia cerebral, seguida das doenças degenerativas do SNC.



distúrbios da deglutição
disfagia progressiva

(PIMENTA, 2010).

A Gastrostomia

- A Gastrostomia Endoscópica Percutânea (PEG) é actualmente considerada o método ideal para a alimentação a longo prazo (mais de 3 semanas) de crianças com paralisia cerebral,

alternativa à alimentação oral
ou por sonda naso gástrica,
pouco invasivo,
eficiente e seguro



Mitos de Gastrostomia

- Antigamente falava-se que as gastrostomias, favoreciam o aparecimento de refluxo, no entanto actualmente com os avanços da tecnologia as gastrostomias são colocadas de forma percutânea e diminuíram estas complicações.



(SLEIGH et al, 2004; JIMÉNEZ et al, 2010)

Alteração de PEG para Botão



A Importância de uma equipa multidisciplinar



Equipa Multidisciplinar

- O sucesso da nutrição entérica por gastrostomia d



equipe multidisciplinar interessada e participativa

famílias ou cuidadores devidamente informados e motivados

(FERREIRA, 2011)

Equipa Multidisciplinar

- Os utentes submetidos a este procedimento, necessitam de cuidados domiciliários, tendo como foco o cliente, a família, o contexto familiar e o cuidador.



(ROMÃO, et al., 2008)

A equipa de enfermagem

- Tem um papel importante, olhando para família como prestadora de cuidados, no processo de cuidar,



parceria da equipa profissional com o cuidador familiar,

Prevenção de complicações.

(ROMÃO, et al., 2008)

A equipa de enfermagem

- Verifica-se que o cuidador domiciliário também faz parte da equipa de cuidar;
- A Enfermagem tem papel de suma importância por deter conhecimento em todas as áreas que envolvem o cuidar, assim como habilitação para execução de técnicas e procedimentos



(ROMÃO, et al., 2008)

Complicações

- Existem algumas complicações que podem surgir tais como:
 - dor peri estoma,
 - granuloma,
 - extravasamento,
 - infeção da ferida,
 - hemorragia gastrointestinal,
 - obstrução gástrica pelo deslocamento da sonda,
 - entre outras .

(WITECK, 2009).

CUIDADOS NO DOMICILIO



Cuidados Diários

- A limpeza da pele em redor da gastrostomia é de extrema importância, para poder evitar diversos problemas, tais como granulomas.
- Deve-se vigiar o aparecimento de suco gástrico na pele, pois pode “queimá-la”.



Acido

Cuidados Diários

- De modo a evitar a aderência da gastrostomia à pele, deve-se fazer a rotação desta em 360º uma vez por dia (é o suficiente, pois se o fizer em demasia pode também provocar lesões)



Alimentação

- Verificar se a sonda se encontra no estomago



Aspirar conteúdo gástrico



- Injetar, com uma seringa água fria na sonda, antes e após a administração da dieta ou de medicamento;

Administração de medicação

- Administrar os medicamentos um a um.

Injetar água após cada medicação, para evitar que se misturem na sonda, podendo entupir a mesma.

Administração de medicação

- No caso de a criança ter um Botão, existem 2 prelongamentos, sendo um deles (o mais fino) destinado para administração de medicação



Higiene

- Deve-se tratar da gastrostomia como se fosse “a boca” do paciente.
- Efectuar lavagem das mãos antes de qualquer manipulação à sonda, de modo a prevenir infecções.



http://3.bp.blogspot.com/_Sc0HfVW9Wv6/SA8RC20r2Q/AAAAAAAAAAZUB7YEP-48W320111867528e581E/s1600

Higiene

- Lavar a área em volta da sonda, com sabão neutro (azul e branco, glicerina), água corrente e depois secar muito bem.
- Poderá colocar-se uma compressa cortada entre a pele e a gastrostomia.
- Manter o local ao redor da sonda sempre seco e protegido.



Quando recorrer ao hospital?

- Em caso de
 - Não ser possível aspirar conteúdo gástrico
 - Deslocação da sonda
 - Extravasamento de suco gástrico em volta da sonda
 - Dor no momento da administração da dieta
 - Granuloma
 - Obstrução da sonda
 - Diarreia



http://3.bp.blogspot.com/_Z5D84_u0s_jU/MZ22p_Wqj/AAAAAAAAAFatv9Q-C2w4v01867528e581E/s1600

Urgência

- Se houver a extração da sonda do estoma deve-se:
 - Tentar voltar a colocá-la novamente
 - Colocar uma sonda no local do orifício
- Dirigir-se de imediato ao Hospital



http://www.historia360.com/issue/issue_0018/0018_01/engemotocoda_urgencia.jpg

Contactos uteis

➤ Associação de Paralisia Cerebral de Lisboa

21 754 06 92 / 21 754 06 93

➤ Hospital Dr. José de Almeida

214653000

➤ Hospital São Francisco Xavier

21 043 10 00



<http://fotos.sapo.pt/01019867727087745500-000>

Contactos uteis

➤ Hospital Dona Estefania

213126600

➤ Associação Nacional de Famílias para a Integração da Pessoa Deficiente

T: 21 472 40 40

➤ Escola de Pais.nee - Família e Necessidades Especiais

<http://escolapaisnee.blogspot.pt/>



Folheto

- Cuidados com Gastrostomia no Domicílio
- http://www.youtube.com/watch?v=BROieor8Uf0&feature=player_embedded

Manipulação de Material



Dúvidas



Bibliografia

- JIMÉNEZ, D. G.; MARTIN, J. J.; GARCÍA, C. B.; TREVIÑO, S. J. - Patología gastrointestinal en niños con parálisis cerebral. *Anales de Pediatría*. Barcelona 73:06 (2010) 361 e1-e6
- PEREIRA, F. - A gastrostomia Endoscópica na Nutrição Entérica da Criança. *Jornal Português de Gastroenterologia*. Porto. 18 (2011) 268-269
- PIMENTA, Joana Novais - *Gastrostomia endoscópica percutânea: A sua importância na criança*. Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina orientada pelo orientador Dr. Fernando Pereira e apresentada no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar no Porto em 2010
- ROMÃO, C. P.; ALMENIDA, S. B.; PONCE DE LEON, C. G. - Pacientes Gastrostomizados: enfrentamento dos cuidadores no domicílio. *Revista Eletrónica de Enfermagem do UH/EURO*. Brasília 1:2 (2008) 18-34
- WITECK, Camila - *Gastrostomia percutânea endoscópica em crianças: complicações associadas*. Curso de Graduação em Medicina orientado pela Dra. Mônica Lisboa Chang Wayhs na Universidade Federal de Santa Catarina em Florianópolis em 2009

Obrigado



Testemunho da Mãe do Ricardo (Módulo I)

O Ricardo tem 27 meses e tem uma doença Mitocondrial (Miopatia Mitocondrial com insuficiência respiratória no complexo V). Passou por muitas apneias no início de vida dele, na qual foi necessário realizar a traqueostomia para melhorar a parte respiratória e o desenvolvimento dele, usou ventilador até janeiro de 2012.

Na consequência do nascimento atribulado e devido à doença dele (fraqueza muscular), o Ricardo não aprendeu a comer e foi alimentado por sonda nasogástrica até aos 9 meses, este procedimento não era o ideal, uma vez que era introduzido uma sonda pelo nariz o que causava desconforto e a sonda devido à pequena espessura não era possível introduzir mais que um leite espessado ou uma sopa mais líquida o que não contribuía para o aumento de peso dele. O Ricardo sofria também de refluxo e vomitada constantemente.

Colocou-se então a hipótese de colocar a PEG (gastrostomia), na qual eu aceitei prontamente e depois de esgotar todas as hipóteses de o ensinar a comer pela boca, porque o que nós (mães) queremos é que eles se desenvolvam e aumentem de peso, o que não estava a acontecer. No início é colocado uma PEG, um tubo com um diâmetro maior que a sonda nasogástrica, o que já ajuda porque podemos colocar o leite já com umas colherzitas de papa, ou uma sopa mais grossa.

A PEG é colocada e fica um tubo no exterior da barriga, é preciso cuidado com esse tubo, coloquem sempre dentro do pijama ou do body, porque existe a hipótese dele sair como já aconteceu-me. Existe várias vantagens para a PEG:

- Deixam de se preocupar com a introdução pelo nariz da sonda nasogástrica, e a cara fica mais livre.
- Pode ter uma alimentação melhorada como referi em cima.
- Não existe dor para a criança ou adulto.
- A PEG raramente fica obstruída como ocorria muitas vezes com a sonda.
- Dou muitas vezes alimentação ou medicação noturna sem o acordar.
- Tem 2 entradas (para seringa de alimentação e para a medicação).

Ao fim de um ano após a intervenção cirúrgica da PEG é colocado o Botão (não é necessário qualquer intervenção cirúrgica, é aproveitado o orifício deixado pela PEG e é só introduzir e colocar água ou soro no balão interior e pronto).

O Botão fica junto à pele e não é visualizado por fora, tem 2 tubos que se adaptam não altura que for alimentado.

Em relação aos cuidados de higiene da PEG/Botão:

- Limpar muito bem a zona à volta do tubo com soro fisiológico e colocar uma pomada com ajuda de uma compressa (ex: mitosil)
- Cortar até ao centro +- 3 compressas esterilizadas, e envolver o tubo e fechar as compressas com um pouco de fita adesiva que não cause alergia na pele da criança/adulto.

Faça este procedimento todos os dias.

Ficha de Avaliação da Sessão de Formação

Tema: Gastrostomia – A Criança com Necessidades Especiais de Alimentação

Data: dia 12 de Junho de 2012

Formadora: Andreia Vanessa Cravo Chaves

Agora, que a sessão terminou, gostaria de saber a sua opinião de como esta decorreu, de modo a detectar algumas falhas para poder melhorar sessões futuras.

Assim, pedia a sua colaboração, para o preenchimento deste pequeno formulário que é anónimo.

Responda a cada item colocando uma Cruz (X) na coluna que melhor indica a sua avaliação.

Interacção com o grupo.				
Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.				

Relativamente aos Conteúdos:	Totalmente	Muito	Alguns	Nenhum
As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas				
Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.				
Foram abordados todos os pontos que consideraram importantes.				

Relativamente à Organização:	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade				
Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.				
A duração da formação foi adequada.				
O horário da formação foi adequado.				
A divulgação da formação foi suficiente.				

Relativamente ao Formador:	Totalmente	Muito	Alguns	Nenhum
Domínio dos conteúdos apresentados				
A linguagem utilizada foi clara e acessível				
Clareza na transmissão dos conhecimentos.				
Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.				

O que é a gastrostomia

Uma causa para a colocação da gastrostomia

Uma complicação que possa surgir

A importância da equipa de Saúde

Muito Obrigada pela sua Colaboração

Andreia Chaves - andreia.bee@gmail.com



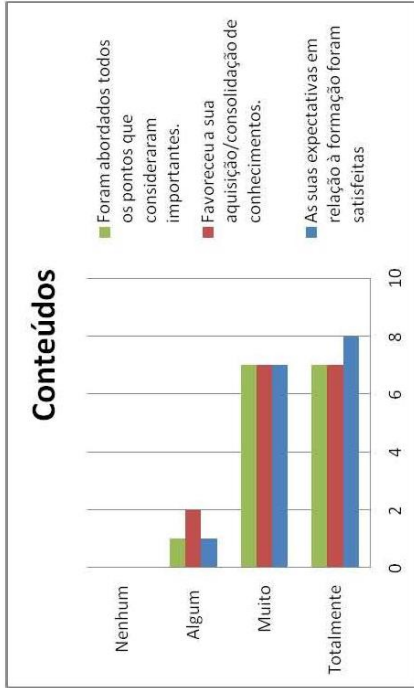
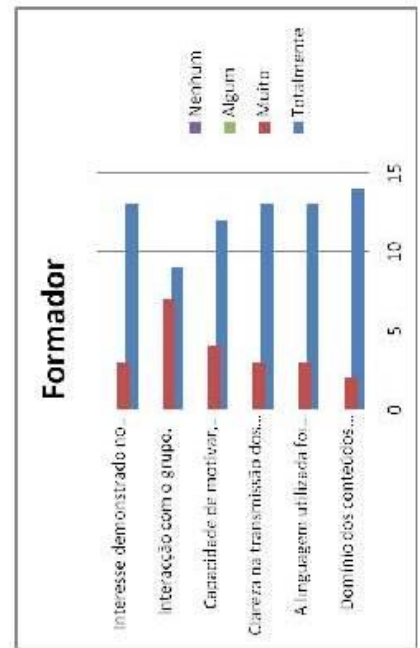
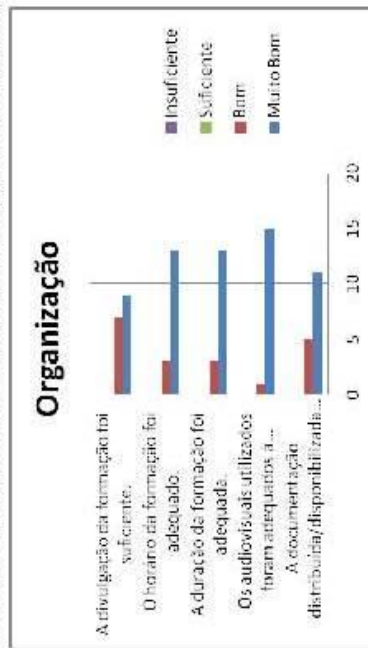
Relatório da Sessão Formação

GASTROSTOMIA: A Criança com Necessidades Especiais de Alimentação

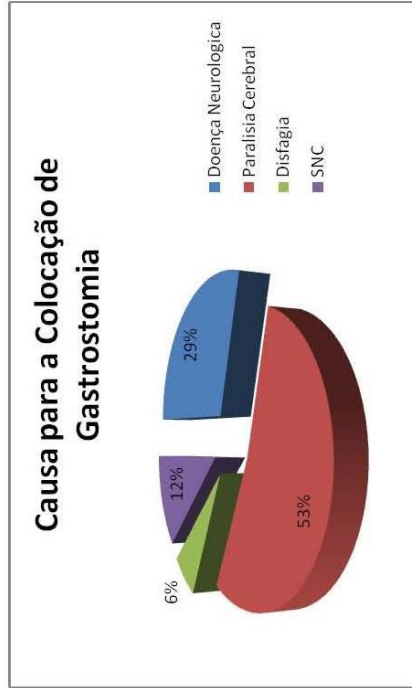
A formação teve lugar na USF Marginal no dia 12 de Junho de 2012, na sala de reuniões, pelas 13h, estando presentes médicos e enfermeiros num total de 16 profissionais de saúde, sendo 5 enfermeiros e 11 médicos.

A sessão surgiu com a necessidade de transmitir informações, sobre uma necessidade especial de alimentação, ou seja, a gastrostomia adaptada à minha área de especialização. A sessão teve duração de cerca de 40min. No final foram distribuídos formulários para avaliar a sessão e se os objetivos propostos foram atingidos. É de notar que 2 formulários, foram entregues com as respostas abertas, sem qualquer preenchimento.

Os resultados obtidos relacionados com a formação foram os seguintes:



As perguntas de resposta aberta para avaliar os objetivos da sessão tiveram os seguintes resultados:



A causa mais frequente enunciada pelos profissionais de saúde para a colocação de gastrostomia é a paralisia cerebral e as doenças neurológicas, o que vai de encontro ao referido no estudo de PIMENTA (2010), em que foram realizadas 119 gastrostomias, sendo a principal indicação as perturbações da deglutição (83,2%), sendo a paralisia cerebral (38,66%) a causa mais frequente. WITTECK (2009), refere também no seu estudo que a paralisia cerebral é a causa mais frequente para a colocação de gastrostomia, por distúrbios da deglutição e disfagia progressiva.

Complicações que podem surgir



A complicação enunciada em maioria foram os granulomas, sendo uma possível complicação enunciada por WITECK (2009), bem como hematoma peri-ostomal e obstrução da sonda. As complicações em pediatria diferem em relação aos adultos, uma vez que nos adultos a realização deste procedimento ocorre em doentes terminais, e na pediatria é um procedimento para ser usado a longo prazo, explicando por isso a maior taxa de complicações. Dos 44 utentes participantes no estudo de WITECK (2009), 50% apresentaram complicações, correspondendo 20% a infecções da ferida operatória.

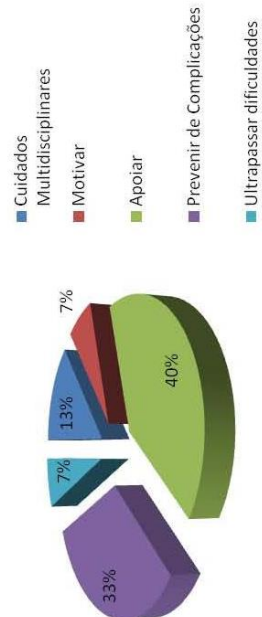
As respostas enunciadas pelos profissionais de saúde relativamente à importância da equipa multidisciplinar foram múltiplas, focando-se em diferentes pontos, abrangendo por isso diferentes aspetos. Compete aos técnicos de saúde respeitar a diversidade socioeconómica, cultural, espiritual ou linguística, constituírem-se como parceiros dos cuidados, reconhecendo e promovendo o desenvolvimento das suas capacidades e restituírem à família o poder de decisão e de intervenção (ARAÚJO, 2008). Cada vez mais existe a importância de uma equipa multidisciplinar habilitada e treinada para lidar com estas situações, tendo o enfermeiro especialista um papel fundamental dentro desta equipa, com saberes e competências nas situações de maior complexidade, mobilizando e liderando a equipa para que esteja sensível a estes aspetos.

O sucesso da nutrição entérica por gastrostomia depende de diversos fatores, mas a constituição de uma equipa multidisciplinar interessada e participativa e de famílias ou cuidadores devidamente informados e motivados é decisiva, pois só desta forma será possível manter ao longo de muitos anos de forma adequada uma nutrição entérica exclusiva ou complementar (PEREIRA, 2011). A equipa de Enfermagem, tem um papel importante, olhando para família como prestadora de cuidados, no processo de cuidar, pois desta forma a parceria da equipa profissional com o cuidador familiar, poderá prevenir algumas complicações (ROMÃO, et al., 2008).

É assim uma competência do EESIP trabalhar em parceria com a criança/família, em qualquer contexto em que ela se encontre, implementando um plano de saúde promotor da parentalidade, e sempre que possível mantê-la em domicílio, para aumentar a qualidade de vida (MENDES e MARTINS, 2012).

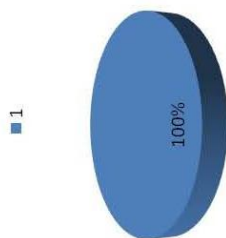
ARAÚJO (2008) defende a importância da existência de um EESIP na comunidade de modo a dar respostas às situações de maior complexidade, como é o caso da doença crónica e da gastrostomia, pois é o EESIP que tem competência e habilidade para lidar com situações complexas. Assim deve-se garantir a acessibilidade aos cuidados, através da continuidade dos cuidados centrados na família, em que a tomada de decisão assente numa parceria entre criança/família/enfermeiro (ARAÚJO, 2008).

Importância da Equipa de Saúde



O que é uma gastrostomia?

Orifício no estômago com dispositivo para administração de alimentação e medicação



As respostas obtidas foram unânimes uma vez que todos os profissionais responderam que era um orifício criado no estômago, para a administração de alimentos e medicamentos. O mesmo vem suportado pela literatura em que a gastrostomia consiste num procedimento cirúrgico, em que exige um acesso artificial ao tubo digestivo por períodos longos ou definitivos, com a finalidade de administrar alimentos, líquidos e medicamentos (SMELTZER e BARE, 2005 cit por ROMÃO, ALMEIDA e PONCE de LEON, 2008 e PEREIRA, 2011).

Assim os objetivos desta sessão foram alcançados com sucesso, tendo aparentemente a informação transmitida, sido compreendida e retida.

BIBLIOGRAFIA

- ARAÚJO, Maria José – O Enfermeiro e os Cuidados de Saúde à Criança e Adolescente. *Comissão Nacional da Saúde da Criança e do Adolescente*. <http://www.acs.min-saude.pt/files/2008/04/enfermeiros-e-cuidados-de-saude-crianca-e-adolescente.pdf>. 10-05-2012 22:00
- MENDES, M.; MARTINS, M. - Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série:6 (2012) 113-121
- PEREIRA, F. - A gastrostomia Endoscópica na Nutrição Entérica da Criança. *Jornal Português de Gastroenterologia*. Porto. 18 (2011) 268-269
- PIMENTA, Joana Novais – *Gastrostomia endoscópica percutânea: A sua importância na criança*. Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina orientada pelo orientador Dr. Fernando Pereira e apresentada no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar no Porto em 2010
- ROMÃO, C. P.; ALMEIDA, S. B.; PONCE DE LEON, C. G. - Pacientes Gastrostomizados: enfrentamento dos cuidadores no domicílio. *Revista Eletrónica de Enfermagem do UNIEURO*. Brasília 1:2 (2008) 18-34
- WITECK, Camila - *Gastrostomia percutânea endoscópica em crianças: complicações associadas*. Curso de Graduação em Medicina orientado pela Dra. Mónica Lisboa Chang Wayhs na Universidade Federal de Santa Catarina em Florianópolis em 2009

Anexo III - Folheto “Criança com Gastrostomia no domicílio”

Contactos Úteis

Associação de Paralisia Cerebral de Lisboa

21 754 06 92 / 21 754 06 93

Hospital Dr. José de Almeida

214653000

Hospital São Francisco

21 043 10 00

Hospital Dona Estefânia

213126600

Associação Nacional de Famílias para a Integração da Pessoa Deficiente

21 472 40 40

BENEFÍCIOS

- Crescimento e desenvolvimento da criança
- Redução da pressão na alimentação
- Redução do tempo necessário para cada refeição
- Melhora a qualidade de vida dos pais
- Melhoria da vida social dos pais

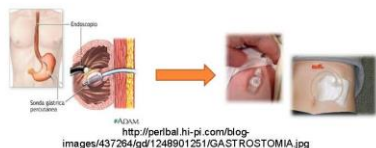


Enf. Andreia Chaves
Aluna da Especialidade de
Enfermagem em Saúde Infantil e
Pediátrica
Orientada por: Enf. Especialista
Laura Nunes



QUÊ É A GASTROSTOMIA?

É um procedimento efetuado, por meio de endoscopia digestiva alta, em que é criada uma abertura no estômago, com a finalidade de administrar alimentos ou medicamentos, em crianças com perturbações da deglutição



(dificuldade em engolir)

CUIDADOS DIÁRIOS?

- A limpeza da pele em redor da gastrostomia é de extrema importância, para poder evitar diversos problemas, tais como granulomas (bolas de carne).
- Deve vigiar-se o aparecimento de suco gástrico na pele, pois pode “queimá-la”, Ácido
- De modo a evitar a aderência da gastrostomia à pele, deve-se fazer a rotação desta em 360° uma vez por dia (é o suficiente, pois se o fizer em demasia pode também provocar lesões)

ALIMENTAÇÃO

Verificar se a sonda se encontra no estômago, aspirando conteúdo gástrico

Injetar, com uma seringa água na sonda, antes e após a administração da dieta ou de medicamento;

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO

• Medicamentos líquidos

aspirar o volume prescrito com a seringa e injetar pela sonda

Comprimidos e drageias:

triturar e dissolver em água, misturando bem; aspirar com a seringa e injetar pela sonda.

• Administrar os medicamentos um a um.

• Injetar água após cada medicação, para evitar que se misturem na sonda, podendo entupir a mesma.

• No caso de a criança ter um Botão, existem 2 prolongamentos, sendo um deles (o mais fino) destinado para administração de medicação

HIGIENE

• Deve-se tratar da gastrostomia como se fosse “a boca” do paciente.

Efetuar lavagem das mãos antes de qualquer manipulação à sonda, de modo a prevenir infeções.

Lavar a área em volta da **sonda**, com soro ou sabão neutro (azul e branco, glicerina), água corrente e depois secar muito bem.

• Manter o local ao redor da **sonda** sempre seco e protegido.

• Poderá colocar-se uma compressa cortada entre a pele e a gastrostomia.

QUANDO RECORRER AO HOSPITAL?

Em caso de:

Não ser possível aspirar conteúdo gástrico

Deslocação da sonda

Extravasamento de suco gástrico em volta da sonda

Dor no momento da administração da dieta

Granuloma

Obstrução



http://3.bp.blogspot.com/-ZS8sblxdsJI/UM252Np9MqI/AAAAAAAAAFis/awSr-C_2eA/s1600/hospital.gif

Anexo IV – Folheto “A criança com necessidades básicas de alimentação”

Alterações na Deglutição

O QUE É A GASTROSTOMIA?

É um procedimento efetuado, por meio de endoscopia digestiva alta, em que é criada uma abertura no estômago, com a finalidade de administrar alimentos ou medicamentos, em crianças com perturbações da deglutição (dificuldade em engolir)



<http://jperical-hi-el.com/blog/images/437284/gd/1248901251/GASTROSTOMIA.jpg>

Acontece essencialmente em crianças com problemas a nível do Sistema Nervoso Central, como Paralisia Cerebral.

Contactos Úteis



- ★ Associação Portuguesa de Celiacos
<http://www.celiacos.org.pt/>
- ★ Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia
www.spg.pt
- ★ [Www.mimosa.com.pt](http://www.mimosa.com.pt)
- ★ Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral
21 754 06 92 / 21 754 06 93
- ★ Hospital Dr. José de Almeida
214653000
- ★ Hospital São Francisco Xavier
21 043 10 00
- ★ Hospital Dona Estefânia
213126600



Enf. Andreia Chaves
Aluna do Curso de Mestrado com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica
Orientado por:
Enf. Especialista em SIP Laura Nunes

A CRIANÇA

Com Necessidades Especiais de Alimentação

<http://398.photobucket.com/albums/pp68/lurdesoria/Pan-ela%20e%20tacos/OxOanoqv.png>

Andreia Chaves

Alimentação

- ★ A alimentação é uma necessidade fundamental, que ocupa a base de uma pirâmide;
- ★ É essencial para o crescimento e desenvolvimento da criança;
- ★ É nas primeiras etapas da vida que se começa a adquirir os hábitos alimentares;
- ★ É de extrema importância satisfazê-la;
- ★ No entanto existem crianças que têm necessidades especiais de alimentação como:

Intolerância ao Glúten—Doença Celíaca

- ★ Intolerância à Lactose



<http://static.educamateria.blogspot.pt/2009/04/4-animacao-para-saber-sobre.html>

Intolerância ao Glúten Doença Celíaca

O QUE É?

- ★ É uma doença crónica caracterizada por uma sensibilidade ao glúten, que afeta o intestino delgado
- ★ O Glúten é uma proteína encontrada no trigo, centeio, cevada, aveia.

Sinais e Sintomas:

- ★ Diarreia
- ★ Desconforto abdominal
- ★ Distensão abdominal
- ★ Vômitos
- ★ Perda de Peso
- ★ Atraso no Crescimento



Tratamento

- ★ Adesão a uma dieta isenta de glúten
 - ★ Amido de araruta
 - ★ Farelo de Milho
 - ★ Farinha de Batata
 - ★ Farinha de Milho
 - ★ Amido de Batata

Intolerância à Lactose

O QUE É?

- ★ É a presença de lactose mal digerida no intestino, por o organismo não produzir lactase suficiente, permanecendo a lactose “inteira”
- ★ Para digerirmos a lactose necessitamos de uma enzima – a lactase – que tem a função de dividir a lactose permitindo a sua absorção para a corrente sanguínea.

Sinais e Sintomas:

- ★ Desconforto abdominal
- ★ Inchaço abdominal
- ★ Dor
- ★ Diarreia
- ★ Náuseas
- ★ Gases (flatulência)

Tratamento

- ★ Redução ou eliminação da ingestão da lactose



<http://img01.wikia.nocookie.net/~ab70111/201180221/1/normalceliac.jpg>

Anexo V – Sessão de formação “Plano nacional de vacinação: A importância da vacinar as nossas crianças” e “Comer com saber... dá saúde e faz crescer: A diversificação alimentar no 1º ano de vida”



**SESSÃO DE FORMAÇÃO
USF MARGINAL**



Vacinação

A Importância de Vacinar as nossas Crianças

18 de Junho de 2012 às 16H

Enf. Andreia Chaves

**Aluna do Curso de Especialidade de Enfermagem
Saúde Infantil e Pediátrica**

**Orientada por: Enf Especialista Laura
Nunes**




PLANO DE SESSÃO

- **TEMA:** A Importância de Vacinar as Nossas Crianças
- **DATA:** Dia 18 de Junho de 2012
- **HORA:** 16 Horas
- **DURAÇÃO:** 40 Minutos
- **FORMADORA:** Andreia Vanessa Cravo Chaves
- **POPULAÇÃO ALVO:** Principais Cuidadores das Crianças com idade inferior a 6 meses c

USF

- **LOCAL:** USF Marginal
- **OBJECTIVO GERAL:**
 - Transmitir a importância da vacinação na população pediátrica da Unidade de Saúde Familiar Marginal
- **OBJECTIVO ESPECÍFICO:**
 - Que os pais compreendam a importância da vacinação enunciando:
 - A importância das vacinas;
 - Quando começar a vacinar a criança;
 - 1 Benefício da vacinação;
 - 2 Efeitos secundários que as vacinas podem provocar;

Etapas	Conteúdos programáticos	Métodos e técnicas pedagógicas	Recursos didácticos	Tempo (min)
Introdução	Apresentação do formador Apresentação do tema; Apresentação dos objectivos da sessão (geral e específico)	Método Expositivo	> Computador > Power -Point	5'
Desenvolvimento	Conteúdos programáticos: <ul style="list-style-type: none"> ✓ O que são as vacinas ✓ Benefícios ✓ Plano Nacional de Vacinação ✓ Quando iniciar a vacinação ✓ Efeitos Secundários ✓ Multiculturalismo As vacinas	Método Expositivo	> Computador > Power -Point	20'
Conclusão	Conclusão da sessão e esclarecimento de dúvidas Ficha de avaliação da sessão	Método Expositivo Entrega de Folha de Avaliação	Entrega de um Manual de Bolso	10'

Plano Nacional de Vacinação

A importância de vacinar as nossas crianças

Enf. Andreia Chaves
Aluna do Curso de Mestrado com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica
Orientado por:
Enf. Especialista em SIP Laura Nunes
Junho, 2012

SUMÁRIO

- Objectivo Geral
- Objectivos da Sessão
- O que são as vacinas
- Importância da Vacinação – Benefícios
- Plano Nacional de Vacinação
- Quando começar a Vacinar a Criança
- Multiculturalismo
- Informações Uteis

OBJECTIVO GERAL

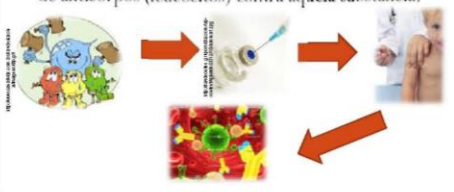
- Trasmittir a importância da vacinação na população peditarica da Unidade de Saude Familiar Marginal

OBJECTIVOS DA SESSÃO

- Que os pais compreendam a importância da vacinação enunciando:
 - A importância das vacinas;
 - Quando começar a vacinar a criança;
 - 1 benefício da vacinação;
 - 2 efeitos secundários que as vacinas podem provocar;


O QUE SÃO AS VACINAS?

- Vacina é uma substância produzida com bactérias ou vírus (ou partes deles) mortos ou enfraquecidos.
- Ao ser introduzida no corpo do ser humano, provoca uma reação (imunização) do sistema imunológico, promovendo a produção de anticorpos (leucócitos) contra aquela substância.





O QUE SÃO AS VACINAS?

- Preparam o organismo para que, em caso de infecção, o sistema de defesa possa reagir com força e rapidez.



A doença não se desenvolve
Desenvolve-se de forma mais “branda”





O QUE SÃO AS VACINAS?

- Apesar da imunidade não ser total, as pessoas que estão vacinadas têm maior capacidade de resistência à doença se esta surgir.

IMPORTANTE: Não é suficiente vacinar o utente (criança ou adulto) apenas uma vez, para ficar totalmente protegido, sendo por isso necessárias várias doses da mesma vacinas, que são denominados por Reforços.

São o meio mais eficaz e seguro de proteção contra certas doenças



Benefícios

- A vacinação além de trazer benefícios, para quem a recebe, também traz para a comunidade onde esta inserida, pois quanto mais pessoas tiverem vacinadas mais fácil é interromper a transmissão da doença.
- Com as vacinas temos conseguido ganhos em saúde pois existe uma redução significativa da taxa de morbilidade e mortalidade causada pelas doenças infecciosas.



Plano Nacional de Vacinação

- Plano Nacional de Vacinação encontra-se em vigor desde 1965, sendo que desde então este plano tem sido revisto e atualizado
 - o desenvolvimento científico e tecnológico,
 - alterações do padrão epidemiológico das doenças,
 - atitude dos cidadãos perante medidas preventivas,
 - desenvolvimento social
 - evolução dos serviços de saúde.



Plano Nacional de Vacinação

- O PNV é um programa universal, gratuito e acessível a todas as pessoas presentes em Portugal, com idade inferior a 18 anos e durante toda a vida para as vacinas contra o tétano e a difteria (Td).



PNV (2012)

- O Novo Plano de Vacinação (2012) segundo a Direcção Geral de Saúde contém vacinas contra 12 infeções
 - tuberculose,
 - hepatite B,
 - difteria,
 - tétano,
 - tosse convulsa,
 - poliomielite,

PNV (2012)


- Doença invasiva por haemophilus influenzae do serotipo b,
- Sarampo,
- Parotidite epidémica,
- Rubéola,
- Doença invasiva por neisseria meningitidis do serogrupo C
- Infecção por vírus do papiloma humano.

Vacina contra:	Idades									
	0 Nasci-mento	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	18 meses	5-6 anos	10-13 anos	Toda a vida	10-15 anos
Tuberculose	BCG									
Hepatite B	VHB 1	VHB 2		VHB 3						
Haemophilus influenzae b		Hi 1	Hi 2	Hi 3		Hi 4				
Difteria - Tétano - Toxina Convulsa		DTP _a 1	DTP _a 2	DTP _a 3		DTP _a 4	DTP _a 5	Td	Td	
Polioelétrite		VP 1	VP 2	VP 3			VP 4			
Meningococo C (a)					MenC 1					
Sarampo - Parotidite epidémica - Rubéola					VADPR 1		VADPR 2			
Infeções por vírus do Papiloma humano (2)									HPV 1,2,3	

(a) À data de entrada em vigor do PNV 2012, apenas se recomenda 1 dose de MenC aos 12 meses. No período de transição, as crianças que já tomam 1 dose de MenC no 1º ano de vida, necessitam apenas da dose aos 12 meses. Independentemente do número de doses (uma ou duas) efectuadas no primeiro ano de vida, é necessária a dose aos 12 meses (respeitando sempre o intervalo mínimo entre doses).

(b) Aplicável apenas a raparigas.


Quando se começa a vacinar a criança????



http://dicionariomedico.com/dicionariomedico/contenidos/vacina1.jpg

Quando o bebé nasce

- Com peso igual ou superior a 2Kg, recomenda-se que faça:
 - A vacina contra a tuberculose (BCG);
 - A primeira dose da vacina contra a hepatite B (VHB).



BCG

- A maioria das crianças apresenta uma reacção no
 - local da injeção
 - pequeno nódulo vermelho
 - transforma numa pequena vesícula.




http://2.bp.blogspot.com/-CAB8vRvAT8Y/YWuZg9LAAAAAAQ/AAAAAAAAAAAC/s1600/brasil100.jpg

BCG

- Em 2 a 4 semanas a vesícula transforma-se numa úlcera que cicatriza em 2 a 5 meses, ficando uma cicatriz superficial com cerca de 5 mm de diâmetro.
- A lesão vacinal não requer qualquer tratamento, nem devem colocar-se pensos, uma vez que cura espontaneamente.

Efeitos Secundários

- Os eventuais efeitos secundários são habitualmente ligeiros e limitados no tempo
 - inchaço,
 - dor
 - vermelhidão no local da injeção,
 - febre
 - mal-estar geral.



http://2.bp.blogspot.com/-T0AGTQ9w/7W4Y128w/AAAAAAAAAAAC/s1600/brasil100.jpg

Multiculturalismo

- Ao mesmo tempo em que se defende a admissão de diferentes culturas na escola, exigem normas rígidas de comportamento, consideradas como “politicamente corretas”.
- Com frequência esse “politicamente correto” entra em choque com usos e práticas culturais que são, por isso, condenadas como incompatíveis com os novos ideais da convivência humana



Multiculturalismo

A Vacinação das crianças não existe só em Portugal



As Vacinas podem ser diferentes de países para países consoante as doenças que existem

Mas Existem e são IMPORTANTES



Informações uteis

- As vacinas têm um elevado grau de eficácia, segurança e qualidade, sendo exigida uma certificação com data de validade e lote.
- Não é recomendado a administração de paracetamol (bem-u-ron) pois parece haver interferência com a produção de anticorpos.

Manual de Bolso



NÃO VAMOS PARAR... NUNCA!





DÚVIDAS





Bibliografia

- PORTUGAL. Direção Geral de Saúde – Programa Nacional de Vacinação 2012: [DR n.º 243, Série II de 2011-12-21](#)
- ROCHA, Ruben, et al. - Factores associados ao não cumprimento do Programa Nacional de Vacinação e das vacinas pneumocócica conjugada heptavalente e contra o rotavírus. Acta Pediatrca Portuguesa. 41:5 (2010) 195-199
- SASSETI, Leonor - Saúde Infantil e Juvenil: Programa Tipo de Atuação. 2ª ed. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2005. ISBN 972-675-084-9





As Vacinas

Enf. Andreia Chaves
Aluna do Curso de Mestrado com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica
Orientado por:
Enf. Especialista em SIP Laura Nunes

O QUE É O PLANO NACIONAL DE VACINAÇÃO?

O PNV é um programa universal, gratuito e acessível a todas as pessoas presentes em Portugal, com idade inferior a 18 anos e durante toda a vida para as vacinas contra o tétano e a difteria (Td).



O QUE SÃO AS VACINAS?

A vacina é uma substância produzida com bactérias ou vírus mortos ou enfraquecidos (antígeno), que ao serem introduzidas no nosso organismo, vão provocar uma reacção do sistema imunitário (sistema que nos protege das infeções), que promove a produção de anti-corpos.

São o meio mais eficaz e seguro de protecção contra certas doenças




O meu filho esta a crescer....

Que vacinas deve ele fazer????




PORQUE É QUE É IMPORTANTE VACINAR AS CRIANÇAS?

Porque a vacina irá prepara o organismo a responder, em caso de uma infeção, de forma eficaz e rápida . A criança não desenvolve assim a doença, ou se contrair será de uma forma mais superficial.



A maioria das vacinas administradas às crianças ocorrem por várias fases, ou seja, são necessárias mais que uma dose, para que a criança fique protegida contra a doença.

Nascimento...



BCG (Tuberculose) ← Na Maternidade Ou Logo que possível no centro de saúde → VHB (Hepate B - 1ª dose)

Tuberculose - É uma doença infecciosa causada por um micróbio chamado “bacilo de Koch”, contagiosa, que se transmite pelo ar, atingindo sobretudo os pulmões.

Hepate B - É uma inflamação no fígado provocada por um vírus.

BCC

- ▶ A maioria das crianças apresenta uma reação no local da injeção que se caracteriza, inicialmente, pela formação de um pequeno nódulo vermelho que, gradualmente, se transforma numa pequena vesícula.
- ▶ Em 2 a 4 semanas a vesícula transforma-se numa úlcera que cicatriza em 2 a 5 meses, ficando uma cicatriz superficial com cerca de 5 mm de diâmetro.
- ▶ A lesão vacinal não requer qualquer tratamento, nem deve ser coberta com penso, uma vez que cura espontaneamente.

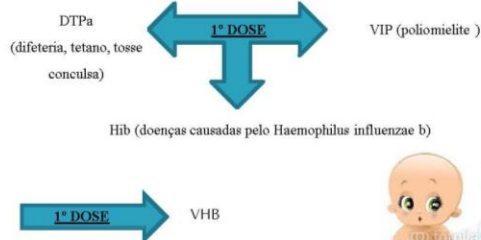


- ▶ **Poliomielite** - A poliomielite é uma doença do sistema nervoso, causada por um vírus, que pode provocar paralisia permanente.

- ▶ **Haemophilus influenzae b** - é uma bactéria que provoca:

- Meningites
- septicémias (infecção generalizada),
- infeções no ouvido e na garganta;
- Pneumonia

2 Meses....



3 Meses...



Indicada na prevenção de doenças graves como a meningite, septicémia, pneumonia com bacteriemia, pneumonia e otite média aguda em crianças desde as 6 semanas até aos 5 anos de idade.

- ▶ **Difteria** - é uma doença infecciosa, que provoca inflamação da mucosa da garganta, do nariz e, às vezes, da traqueia e brônquios.
- ▶ **Tetano** - é uma doença infecciosa grave que entra no organismo por lesões de pele tais como cortes, arranhaduras, mordidas de bicho, que frequentemente pode levar à morte. Não é contagiosa.
- ▶ **Tosse convulsa** - é uma doença altamente contagiosa e perigosa para crianças causada pelas bactérias transmitida pela inalação de gotas expulsa pela tosse de um doente.

PREVENAR


Quantas doses fazer?

- ▶ Aos 3 e 5 meses de idade e a 3ª dose depois do 1º Ano de vida, ex: 15 meses
- ▶ Se faz a primeira dose com 12 meses faz apenas 2 doses durante o 2º ano de vida
- ▶ Se faz a primeira dose após 24 meses faz apenas 1 dose
- ▶ Após os 5 anos, não faz.

4 Meses

DTPa (difetéria, tetano, tosse conculsa) ↔ **2ª DOSE** ↔ VIP (poliomielite - 1ª dose)

Hib (doenças causadas pelo Haemophilus influenzae b)



12 Meses

- **Rubeola** - doença causada por vírus, benigna que pode causar febre, manchas avermelhadas pelo corpo, dor de cabeça, dor no corpo, dificuldade em engolir, nariz entupido que dura aproximadamente 3 dias e aumento de gânglios linfáticos. Transmitida por via respiratória;
- **Neisseria meningitidis C** - A vacina MenC protege contra um tipo de meningite bacteriana, causada pela bactéria Meningococo tipo C

6 Meses....


DTPa (difetéria, tetano, tosse conculsa) ↔ **3ª DOSE** ↔ VIP (poliomielite)

Hib (doenças causadas pelo Haemophilus influenzae b)

3ª DOSE → VHB

18 Meses

DTPa (difetéria, tetano, tosse conculsa) ↔ [] ↔ Hib (doenças causadas pelo Haemophilus influenzae b)



12 Meses

VASPR (sarampo, papeira, rubeola) 1ª Dose ↔ [] ↔ MenC (doenças causadas por Neisseria meningitidis C)


Sarampo - Doença infecciosa, altamente contagiosa, manifestando-se por alterações da pele

Papeira - Doença infecciosa aguda causada por um vírus que provoca uma inflamação das glândulas salivares que ficam inchadas e dolorosas


Dos 5 anos 6 Anos... Já vou para a Escolinha


DTPa (difetéria, tetano, tosse conculsa) ↔ [] ↔ VIP (poliomielite - reforço)

VASPR – 2ª Dose



Dos 10 aos 13 Anos
Já estou crescido/a


Td  VHB



The slide features a white background with a blue decorative shape in the bottom-left corner. At the top, the text 'Dos 10 aos 13 Anos' and 'Já estou crescido/a' is displayed. Below this, the letters 'Td' are on the left and 'VHB' are on the right, connected by a large blue double-headed arrow. At the bottom, a cartoon illustration shows a boy and a girl standing together and reading a book.

De 10 em 10 Anos

▶ Td



The slide features a white background with a blue decorative shape in the bottom-left corner. At the top, the text 'De 10 em 10 Anos' is displayed. Below this, a small blue arrow points to the text 'Td'. At the bottom, a cartoon illustration shows an elderly man with white hair and a green shirt, holding a syringe.



COMER COM SABER...DÁ SAÚDE E FAZ CRESCER!!!



**A Diversificação alimentar
no 1º ano de vida**

**Dia 18 de Junho de 2012 às 16H
USF Marginal**



Andreia Vanessa Cravo Chaves

Aluna do Curso de Especialidade de Enfermagem em
Saúde Infantil e Pediátrica

Orientada por: Enf. Especialista Laura Nunes

Etapas	Conteúdos programáticos	Métodos e técnicas pedagógicas	Recursos didácticos	Tempo (min)
Introdução	Apresentação do formador Apresentação do tema; Apresentação dos objectivos da sessão (geral e específico)	Método Expositivo	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Computador ➤ Power-Point 	5'
Desenvolvimento	Conteúdos programáticos: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hábitos Alimentares Saudáveis ✓ Leite Materno ✓ Diversificação Alimentar ✓ Orientações Práticas ✓ O mito da sopa ✓ Sugestões 	Método Expositivo	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Computador ➤ Power-Point 	25'
Conclusão	Conclusão da sessão e esclarecimento de dúvidas Ficha de avaliação da sessão	Método Expositivo Entrega de Folha de Avaliação		5'



PLANO DE SESSÃO

TEMA: Comer com saber...dá saúde e faz crescer!

A diversificação alimentar no 1º ano de vida

DATA: Dia 18 de Junho de 2012

HORA: 16 Horas

DURAÇÃO: 40 Minutos

FORMADORA: Andreia Vanessa Cravo Chaves

POPULAÇÃO ALVO: Utentes da USF que têm crianças com idade inferior a 6 meses

LOCAL: USF Marginal

OBJECTIVO GERAL: Transmitir informações sobre a diversificação alimentar e introdução de novos alimentos, durante o 1º ANO DE VIDA, aos principais cuidadores das crianças da USF.

OBJECTIVO ESPECÍFICO: Que no final da sessão os principais cuidadores sejam capazes de enumerar:

- Até quando se pode fazer a leite materno materno exclusivo?
- Quando se pode iniciar a diversificação alimentar
- Um das primeiras frutas que se dá ao bebé



COMER COM SABER...DÁ SAÚDE E FAZ CRESCER!!!

A Diversificação alimentar no 1º ano de vida

Enf. Andreia Chaves
Aluna do Curso de Mestrado com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica
Orientado por:
Enf. Especialista em SIP Laura Nunes
Junho, 2012



OBJECTIVO GERAL

- Transmitir informações sobre a diversificação alimentar e introdução de novos alimentos, durante o 1º ANO DE VIDA, aos principais cuidadores das crianças da USF.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- Que no final da sessão sejam capazes de enumerar:
 - Até quando se pode fazer aleitamento materno exclusivo?
 - Quando se pode iniciar a diversificação alimentar
 - Uma das primeiras frutas que se dá ao bebe
 - 2 hábitos que se deve adquirir e manter na alimentação da criança

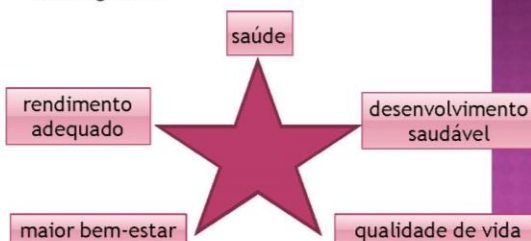
HÁBITOS ALIMENTARES SAUDÁVEIS

- É nas primeiras etapas da vida de uma criança que se começa a adquirir os hábitos alimentares que, posteriormente, serão mais difíceis de alterar.



HÁBITOS ALIMENTARES SAUDÁVEIS

- Tentar que o padrão alimentar que se vai adoptar seja à partida saudável, para no futuro garantir



CRESCIMENTO



- Ocorre maioritariamente durante o primeiro ano de vida, sendo nos primeiros 6 meses o maior desenvolvimento em crescimento
- É muito exigente, o que faz com que o bebé tenha



elevadas necessidades nutricionais.

LEITE MATERNO

É o alimento ideal para a criança nos primeiros meses de vida
Contém todos os nutrientes essenciais na proporção e quantidade necessárias ao crescimento e desenvolvimento da criança.



LEITE MATERNO

- A Organização Mundial de Saúde recomenda o Aleitamento Materno exclusivo até aos 6 meses de idade.



LEITE MATERNO / DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR

- Quando tal não é possível, iniciamos a introdução de novos alimentos entre os 4 e os 6 meses, pois esta é a idade aconselhada para o bebé começar a habituar-se aos alimentos sólidos.



ALIMENTAÇÃO DIVERSIFICADA

- Alimentação diversificada não deve iniciar-se antes dos 4-6 meses de idade, nem depois dos 6-8 meses.



LEITE MATERNO / DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR

- Nesta fase o bebé necessita de mais calorias para manter um correcto desenvolvimento e crescimento.



- Ao introduzir gradualmente novos alimentos na dieta do bebé, irão treiná-lo a apreciar uma variedade de alimentos que estarão na base de uma dieta equilibrada e da sua saúde futura.

DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR

- A partir dos 6 meses, o leite materno deixa de ser suficiente para suprir as necessidades nutricionais, sendo assim fundamental introdução de novos alimentos, a diversificação alimentar.



ALIMENTAÇÃO DIVERSIFICADA

- Consiste na transição de uma alimentação exclusivamente láctea para outra que inclui, além do leite, outros alimentos de maior consistência até chegar a alimentos sólidos.



transição entre o aleitamento materno e uma alimentação semelhante ao resto da família.

A alimentação diversificada deve complementar o leite (materno ou fórmula) e não substituí-lo.

ALIMENTAÇÃO DIVERSIFICADA

- A maturidade neurológica e a coordenação dos movimentos de deglutição permitem-lhe agora, com segurança, comer à colher.



Primeiros alimentos introduzidos: **cereais, a fruta e os vegetais**
Não existe uma ordem rígida e/ou preferencial de introdução.

ALIMENTAÇÃO DIVERSIFICADA

• Objectivos

- Nutricionais
- Aquisição de competências através dos estímulos fornecidos pelos novos alimentos (texturas, sabores, odores, visão)
- Educação nutricional e a preparação da criança para se inserir no regime alimentar familiar.



ALIMENTAÇÃO DIVERSIFICADA

- Não existe uma ordem rígida a ser seguida nos primeiros alimentos oferecidos.
- Usualmente o 1º alimento a ser introduzido é papa de cereais (por volta dos **5 meses**), mas também se pode iniciar com a fruta.



Alimentos com glúten (proteína que se encontra em alguns cereais trigo, centelo, aveia e cevada) não devem ser introduzidos antes dos 6 meses.

ALIMENTAÇÃO DIVERSIFICADA

- Ao longo da diversificação alimentar deve-se ter o cuidado de inserir um alimento de cada vez, com um espaço de 3 a 5 dias entre cada alimento.

Se ocorrer alguma reacção ao novo alimento é possível detectar e corrigir eficazmente.

ALIMENTAÇÃO DIVERSIFICADA ORIENTAÇÕES PRÁTICAS

4/5 MESES

- Comece por substituir uma das mamadas por uma papa de cereais **sem glúten**
- **Quantidade variável +/- 150 ml.**
- Dar a papa à colher.



Não esquecer que o seu filho está apenas habituado a mamar e engulir líquidos, é normal que no início ele comece a rejeitar os novos alimentos, este reflexo irá desaparecer à medida que ele aprende a comer.

5 MESES

- 1 puré de legumes ao almoço.
- 1 papa de cereais ao jantar.
- **Introduza a fruta:**

↓
pêra ou maçã,

↓
crua ralada, cozida ou batida.

Pode congelar doses individuais de puré de legumes se não tiver havido congelamento anterior.

6 MESES

- 1 puré de legumes com carne ao almoço.
- 1 papa de cereais ao lanche.
- 1 puré de legumes sem carne ao jantar.



**Introduzir outra fruta da época
E papa de cereais com glúten**

7 MESES

- 1 puré de legumes com carne ao almoço.
- Papa de cereais ao lanche, ou 1 iogurte natural.
- 1 puré de legumes sem carne ao jantar

IOGURTE NATURAL
Pode adicionar fruta natural ou bolacha
(Inicialmente uma vez por semana)



8 MESES

- Para que a criança comece a habituar-se ao sabor da carne, aos **8 meses**, esta deve ser cozida e retirada da sopa.
- Deve optar-se por peru, coelho e frango, e quando a criança já estiver familiarizada com o sabor pode-se triturar a carne na sopa e mais tarde inclui-la nas outras preparações culinárias.

8 MESES


- 1 puré de legumes com peixe ou carne ao almoço.
- 1 papa de cereais ou iogurte com fruta ao lanche.
- 1 puré de legumes simples ao jantar.
- Fruta como complemento da refeição.
- **Introdução progressiva de citrinos.**



Depois de estar adaptado ao peixe na sopa pode oferecer-lhe o peixe desfiado no prato com os acompanhamentos atrás referidos. Passar menos a comida para estimular a mastigação.

9 MESES

- Pode introduzir-se a gema de ovo, deve dar-se 1/4 de gema cozida




3-4 vezes por semana

INTRODUÇÃO DA GEMA DE OVO:


- ⇒ 1ª semana - 1/2 de gema cozida.
- ⇒ 2ª semana - 1 gema cozida.

9 MESES

- 1 Puré de legumes com peixe ou carne ao almoço.
- 1 Papa de cereais ou iogurte com fruta ao lanche.
- 1 Puré de legumes simples ou com carne ao jantar.
- Fruta como complemento da refeição.




9 MESES



- Continue atenta ao aparecimento de possíveis reacções alérgicas. Se estas ocorrerem suspenda a introdução do ovo e comunique à sua enfermeira ou médico.
- Não esqueça de que o ovo substitui a refeição de carne ou de peixe.
- Após a introdução da gema inteira não dê mais do que 2 / 3 gemas por semana.
- Só deve dar a clara de ovo mais tarde, após indicação.

9 MESES

- A partir desta idade por vezes o bebé pode querer começar a comer sózinho.
- Dê- lhe uma colher para a mão, proteja-o e proteja-se. Não o contrarie.
- Sente-o na cadeira dele e deixe-o manusear os alimentos com as mãos, é normal que o faça, é a forma de ele tomar contacto com os alimentos.
- Deixe-o fazer as tentativas necessárias para que seja ele a ganhar.



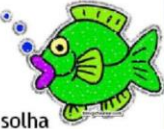
Disponha-se a viver o tempo de refeição como um jogo.

10 MESES

- Introduzir o peixe

→

pescada, o linguado e a solha



O iogurte pode também ser inserido aos 10 meses, começando pelo iogurte natural.

- O iogurte natural e o queijo podem ser introduzidos entre os 8 e os 10 meses como substitutos de uma refeição láctea. São alimentos de fácil digestão e favorecem a flora intestinal.

11 MESES

- A partir do 11º mês introduzem-se as leguminosas e devem ser fornecidas 2 vezes por semana com arroz ou hortícolas.
- Ainda aos 11 meses, quando a criança já conseguir mastigar, começa-se a introduzir o arroz, a massa e o pão.



1 ANO

- Os espinafres e o nabo tal como o kiwi, os morangos, o pêsego e a manga por serem potencialmente alergogénicos, só deverão ser introduzidos depois de 1 ano de idade.



1 ANO

- Adaptação progressiva à alimentação da família.
- Introduza a clara do ovo.
- Leite de vaca do dia (não ferver)



Não esqueça que a fase de crescimento também diminui a partir dos 12 meses, pelo que as suas necessidades alimentares também diminuem.

O MITO DA SOPA



A SOPA

- A introdução da sopa na alimentação deve ser estimulada desde a infância, para que se possa tornar um hábito vitalício.
- Aos 6-7 meses de idade é altura ideal para que a sopa passe a fazer parte de alimentação diversificada.



A SOPA

- Para que se estabeleça uma relação de simpatia entre a criança e sopa é importante que seja introduzida na altura indicada;
- Não deve ser imposta como uma obrigação ou em troca de uma recompensa
- Os pais/família/educadores devem também comer sopa, sendo assim vista como uma fonte de prazer.



A SOPA

- São inúmeras as razões para consumir sopa, tanto para “miúdos” como para “graúdos”:
 - Baixo valor energético;
 - Excelente fonte de vitaminas, minerais e fibras;
 - Fácil digestibilidade;
 - Ótima solução para aumentar o consumo de hortícolas;

Reduz a sensação de fome e aumenta a sensação de “plenitude”, e se a sopa for ingerida no início da refeição vai evitar a ingestão posterior de alimentos geralmente de maior densidade energética.

SUGESTÕES

- Os boiões de comida devem ser para emergências
- Optar por fazer a sopa e preparar a fruta em casa



mais vantajoso para a criança e mais económico para a família.

Estratégia para prevenir a obesidade.

SUGESTÕES

- O açúcar e o sal não devem ser adicionados aos alimentos da criança, devendo retardar-se a sua introdução.



os pais têm um importante papel no desenvolvimento das preferências alimentares dos seus filhos, pois são normalmente o elo de ligação entre a alimentação e a criança.

A consistência dos alimentos deve começar por ser uma papa homogénea e evoluir para mais granulosa até que fique com pequeno fragmentos, quando surgirem os primeiros dentes.

SUGESTÕES

- Quando se inicia a introdução de novos alimentos, nos primeiros dias, deve-se optar por uma consistência parecida com a do leite e espessar, gradualmente, a consistência do puré ou da papa, de forma a ser melhor a adaptação do bebé aos novos alimentos.

SUGESTÕES

- Deve-se também privilegiar o uso da colher, com o fim de estimular a aprendizagem e desenvolvimento das capacidades do bebé. Deve-se ter igualmente em atenção os alimentos com elevados teores de nitratos (espinafres, beterraba, nabo e cenoura), procurando atrasar a sua introdução.



DÚVIDAS



File #2 by Microsoft.com
E2E43m0d7Yk001012795AAA4AAAK00078909H4010004K29BAVides.jpg

BIBLIOGRAFIA

- BESSA, Mariana - Alimentação no 1º Ano de vida. 2008.
<http://www.portaldacrianca.com.pt/artigosa.php?id=34>. 20-05-2012 22:00
- FREITAS, Paula - **Comer com saber...Dá saúde e faz crescer!!!**
http://www.cuidarcrianca.com/index.php?option=com_content&view=article&id=187:alimentacao&catid=3:biblioteca&Itemid=5. 13-05-2012 11:22
- NESTLÉ - Que alimentos e por que ordem?
http://www.conversascombarriguinhas.pt/index.php?op=mostra_artigo&id=1079. 28-05-2012 09:39



Ficha de Avaliação das Sessões de Formação



Tema: A Importância de Vacinar as Nossas Crianças

e

Comer com saber...dá saúde e faz crescer!!!: a diversificação alimentar no 1º ano de vida

Data: dia 18 de Junho de 2012

Formadora: Andreia Vanessa Cravo Chaves

Agora, que a sessão terminou, gostaria de saber a sua opinião de como esta decorreu, de modo a detectar algumas falhas para poder melhorar sessões futuras. Assim, pedia a sua colaboração, para o preenchimento deste pequeno formulário que é anónimo.

Responda a cada item colocando uma Cruz (X) na coluna que melhor indica a sua avaliação.

<u>Relativamente ao Formador:</u>	Totalmente	Muito	Alguns	Nenhum
Domínio dos conteúdos apresentados				
A linguagem utilizada foi clara e acessível				
Clareza na transmissão dos conhecimentos.				
Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.				
Interação com o grupo.				
Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.				

<u>Relativamente aos Conteúdos:</u>	Totalmente	Muito	Alguns	Nenhum
As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas				
Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.				
Foram abordados todos os pontos que consideraram importantes.				

<u>Relativamente à Organização:</u>	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade				
Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.				
A duração da formação foi adequada.				
O horário da formação foi adequado.				
A divulgação da formação foi suficiente.				

Questões sobre a sessão “A importância da Vacinação”

Qual a importância das vacinas?

Quando começar a vacinar a criança;

Indique 1 benefício da vacinação;

Indique 2 efeitos secundários que as vacinas podem provocar;

Questões sobre a sessão “Diversificação Alimentar”

Até quando se pode fazer aleitamento materno exclusivo?

Quando se pode iniciar a diversificação alimentar? (a partir de quantos meses)

Qual é umas das primeiras frutas que se dá ao bebe?

Muito Obrigada pela sua Colaboração

Andreia Chaves



Relatório da Sessão Formação

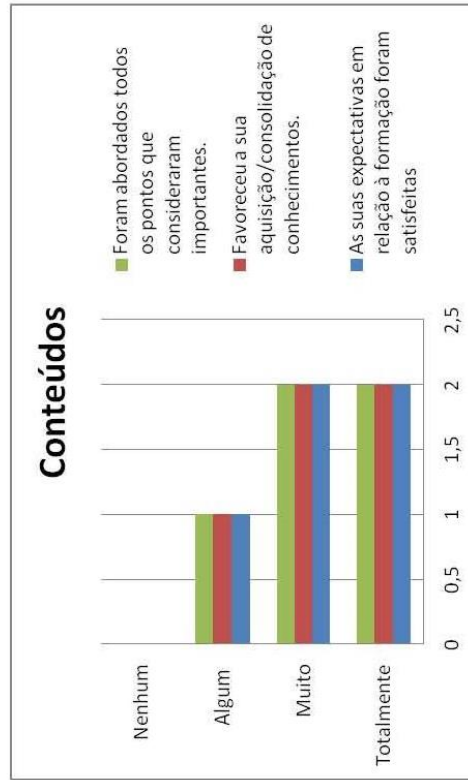
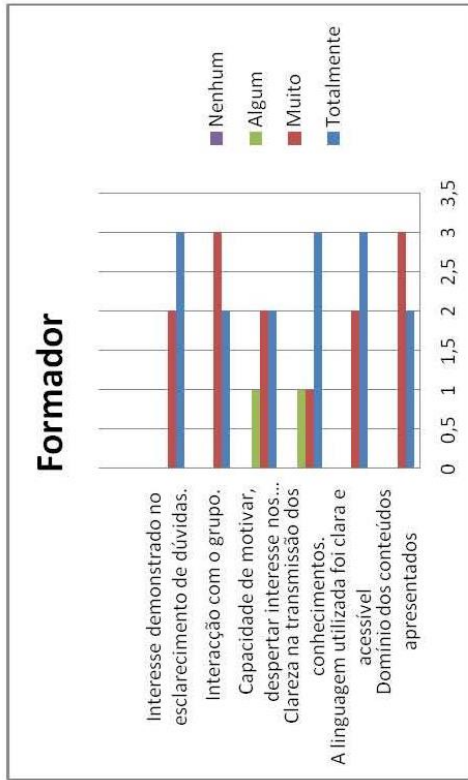
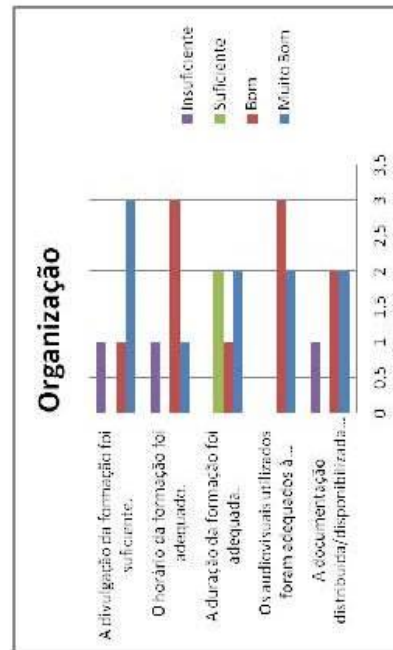
A importância de vacinar as nossas crianças

E

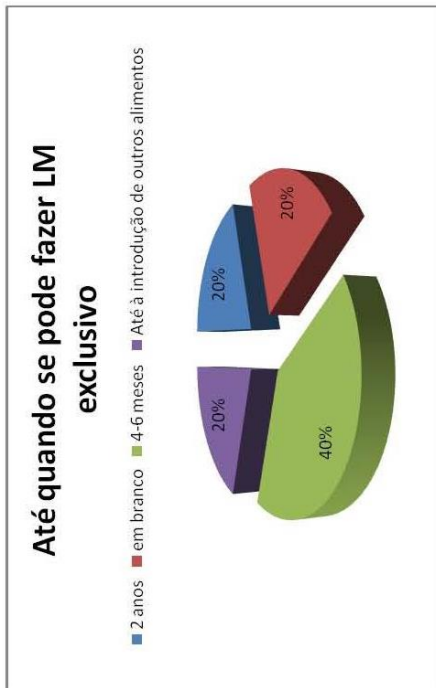
A Diversificação alimentar no 1º ano de vida

A formação teve lugar na USF Marginal no dia 18 de Junho de 2012, na sala de espera de saúde infantil, pelas 16h, estando presentes 5 mães, 2 pais e 1 avó, num total de 8 prestadores de cuidados à criança. A sessão surgiu com a necessidade de transmitir informações, sobre a importância da diversificação alimentar e da vacinação, tendo sido abordados os dois assuntos na sessão, por uma questão de logística da USF e dos principais cuidadores da criança. A sessão teve duração de cerca de 40min. No final foram distribuídos formulários para avaliar a sessão e se os objetivos propostos foram atingidos. É de notar que 3 formulários, foram entregues com as respostas abertas relacionadas com a vacinação, sem qualquer preenchimento.

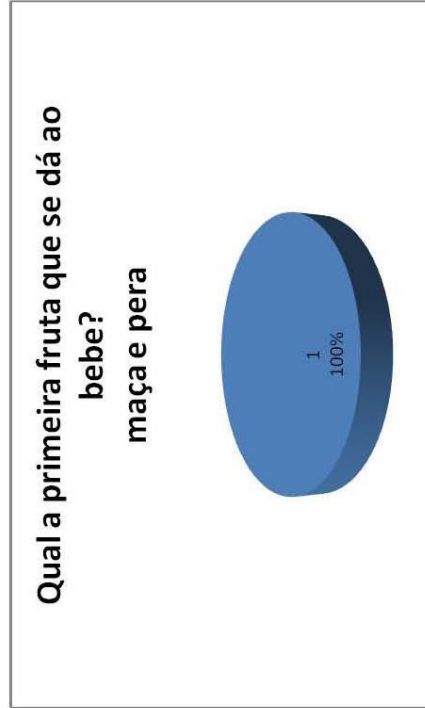
Os resultados obtidos relacionados com a formação foram os seguintes:



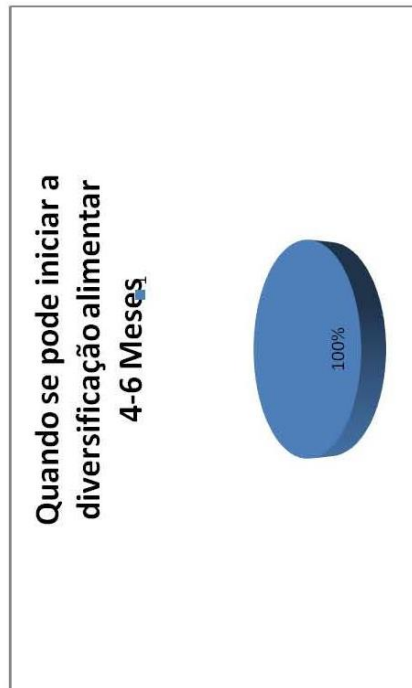
As perguntas de resposta aberta para avaliar os objetivos da sessão tiveram os seguintes resultados:



outro alimento complementar ou bebida. A UNICEF (2008), no Manual de Aleitamento Materno, descreve que são múltiplas as vantagens do aleitamento materno existindo um consenso mundial de que a sua prática exclusiva é a melhor maneira de alimentar as crianças até aos 6 meses de vida, sendo que a partir desta idade iniciam a diversificação alimentar. Relativamente ao início da diversificação alimentar, todos os cuidadores responderem adequadamente assinalando entre os 4-6 meses (100%).

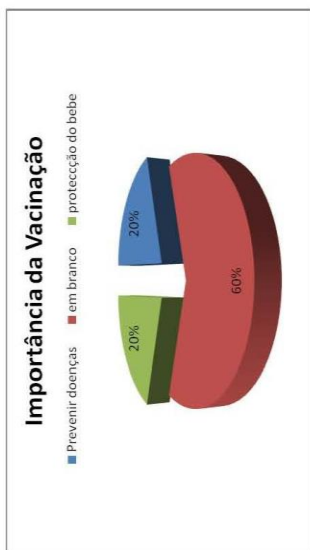


Segundo Dr.^a Jacqueline Fernandes, nutricionista, as primeiras frutas que devem ser oferecidas ao bebé quando este inicia a diversificação alimentar, são as maçã, pêra e banana. SILVA e AGUIAR (2011), partilham da mesma opinião, afirmando que a introdução da fruta deve ser efetuada com maçã ou pêra. Assim os cuidadores responderam adequadamente à questão, pois todos (100%), apreenderam a informação transmitida.

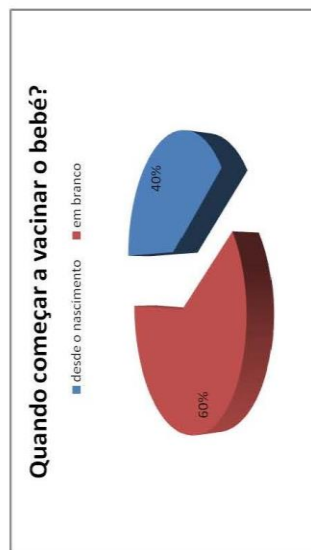


Verificou-se que uma percentagem de 40% reteve a informação transmitida tendo-a compreendido de forma correta, afirmando que o leite materno exclusivo pode ser feito até aos 4 ou 6 meses. Tal como recomenda a Organização Mundial de Saúde (2001) as crianças devem fazer aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de idade, ou seja, até essa idade, o bebé pode fazer apenas leite materno, não lhe sendo dado nenhum

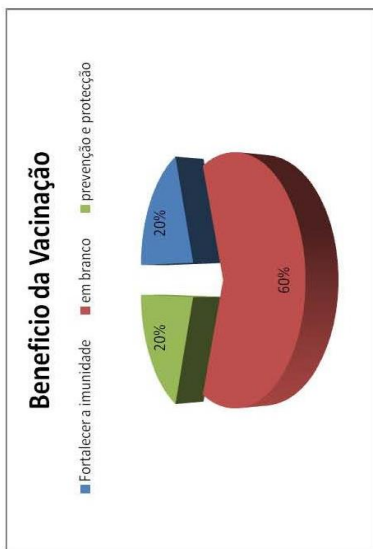
Relativamente à vacinação foram entregues 3 formulários em branco, o que torna difícil de avaliar a sessão. No entanto as respostas obtidas, demonstraram conhecimentos relacionados com o tema.



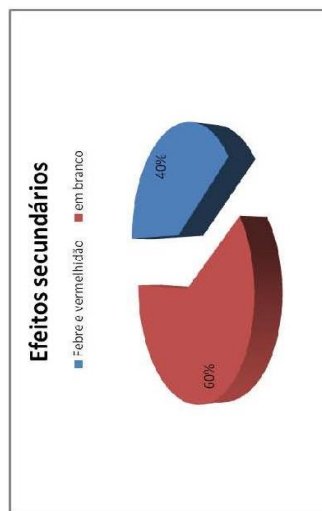
As vacinas são o meio mais eficaz e seguro de protecção contra certas doenças, e mesmo quando a imunidade não seja total, quem está vacinado tem maior capacidade de resistência na eventualidade da doença surgir, sendo que a sua aplicação corresponde a uma significativa redução da morbilidade e da mortalidade causada por doenças infecciosas, o que se traduziu na obtenção de importantes ganhos em saúde (DGS, 2012). Apesar de a maioria dos questionários não ter sido preenchidos, os 40% restantes, respondeu adequadamente.



De acordo com o PNV de 2012 a vacinação inicia-se quando o bebé nasce com a vacinação da BCG, o que vai de encontro ao verbalizado durante a sessão de formação e apreendido pelos formandos presentes.



Os Benefícios da vacinação, vão de encontro ao já mencionado anteriormente, relativamente à importância da vacinação, pois os benefícios são coincidentes, ao prevenir e protegerem a criança, fortalecendo a sua imunidade.



Como todos os medicamentos, as vacinas também apresentam efeitos secundários, de acordo com a vacina a ser administrada. No entanto existem algum efeitos secundários, provocados pela lesão causada na pela quando é administrada a vacina, tal como o vermelhidão e febre. De acordo com o Portal da Saúde (2012), as reacções provocadas pelas vacinas são de curta duração, podendo surgir inchaço, dor e vermelhidão no local da injeção, febre e mal-estar geral.

BIBLIOGRAFIA

- FERNANDES, Jacqueline – Introdução alimentar para bebés. <http://nutricionista.com.pt/artigos/introducao-alimentar-para-bebes.jhtml> 30-05-2012 18:56
- SILVA, Ana Isabel; AGUIAR, Hélder Gabriel – Diversificação Alimentar no Primeiro Ano de Vida. *Acta Médica Portuguesa*. 24:S4 (2011) 1035-1040
- UNICEF – Manual de Aleitamento Materno. Lisboa: Comité Português para a UNICEF, 2008. 44p. ISBN 96436
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – *The optimal duration of exclusive breastfeeding: Report of an Expert Consultation* . Geneva, Switzerland, March 2001

Anexo VI - Sessão de formação “A prevenção é a vacina dos acidentes: Prevenção de acidentes dos 0 aos 3 anos”



A Prevenção é a Vacina dos Acidentes!!!



Prevenção de Acidentes dos 0 aos 3 anos



19 de Junho de 2012 às 16H na USF MArginal

Enf. Andreia Chaves

Aluna do Curso de Especialidade de Enfermagem Saude Infantil e
Pediatria

Orientada por: Enf Especialista Laura Nunes

Etapas	Conteúdos programáticos	Métodos e técnicas pedagógicas	Recursos didáticos	Tempo (min)
Introdução	Apresentação do formador Apresentação do tema; Apresentação dos objectivos da sessão (geral e específico)	Método Expositivo	> Computador > Power -Point	5'
Desenvolvimento	Conteúdos programáticos: ✓ Prevenção Acidentes ✓ Ambiente Seguro ✓ Recem Nascido ✓ Estrada ✓ Quedas ✓ Morte Subita ✓ Queimaduras ✓ Primeiro Ano de vida ✓ Sugestões Dúvidas	Método Expositivo	> Computador > Power -Point	25'
Conclusão	Conclusão da sessão Ficha de avaliação da sessão	Método Expositivo Entrega de Folha de Avaliação	Discurso Oral, Interação Suporte de Papel	5'



PLANO DE SESSÃO

🌿 **TEMA:** A Prevenção é a Vacina dos Acidentes: Prevenção de

Acidentes dos 0 aos 3

🌿 **DATA:** Dia 19 de Junho de 2012

🌿 **HORA:** 16 Horas

🌿 **DURAÇÃO:** 45 Minutos

🌿 **FORMADORA:** Andreia Vanessa Cravo Chaves

🌿 **POPULAÇÃO ALVO:** Principais Cuidadores das Crianças até aos 3 anos, da USF

🌿 **LOCAL:** USF Marginal

🌿 **OBJECTIVO GERAL:**

- Alertar para a importância da prevenção de acidentes na criança

🌿 **OBJECTIVO ESPECÍFICO:**

- Que os pais sejam capazes de identificar:

🌿 Duas medidas de prevenção de quedas

🌿 Uma medida de prevenção de queimaduras;

🌿 Um cuidado a ter na exposição solar



Prevenção de Acidentes dos 0 aos 3 anos

A Prevenção é a Vacina dos Acidentes!!!

Enf. Andreia Chaves
Aluna do Curso de Mestrado com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica
Orientado por:
Enf. Especialista em SIP Laura Nunes
Junho, 2012

Objectivo Geral


- Alertar para a importância da prevenção de acidentes na criança

Objectivos Específicos

- Que os pais sejam capazes de identificar:
 - Duas medidas de prevenção de quedas
 - Uma medida de prevenção de queimaduras;
 - Um cuidado a ter na exposição solar

Prevenção de Acidentes


Os acidentes matam e incapacitam mais as crianças do que uma doença



É a principal causa de morte na infância, ocorrendo a maioria deles em casa/creches ou perto dela/as e essencialmente antes dos 4 anos, pois é nesta fase que surge o desenvolvimento normal da locomoção e posteriormente é que surge o desenvolvimento da compreensão intelectual dos perigos das várias situações

Prevenção de Acidentes


- Os acidentes com crianças podem ser evitados... e quem os pode evitar são os adultos: NÓS!



- Propiciando um AMBIENTE SEGURO

Ambiente Seguro

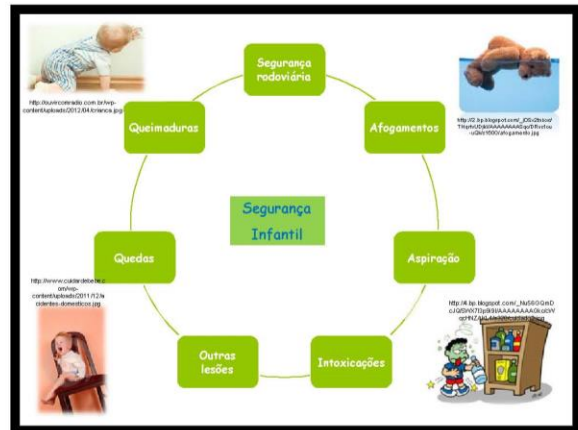
- Para manter um AMBIENTE SEGURO não é preciso gastar dinheiro nem complicar as coisas;
- Existem REGRAS SIMPLES, fáceis de cumprir



Evitam a maioria dos acidentes
Diminuimos, incapacidades, idas ao hospital e sofrimento.

Ambiente Seguro

- As crianças precisam de explorar o mundo que as rodeia, de o "agarrar" com os cinco sentidos, com a sua inteligência e imaginação **não é "fechar o bebé a sete chaves"** ou mantê-lo "numa redoma".



Recém Nascido ...



o perigo espreita quando menos se espera

Receber o Recém Nascido

- Os bebés não conseguem antecipar os acidentes e perigos que possam estar sujeitos
- São os pais que devem preparar a casa para receber o recém nascido com segurança



Recem nascido

O bebé, apesar de recém nascido pode:

- caír,
- queimar-se,
- ser vítima de um acidente no carro...



Crescimento do Bebé

- Muita gente pensa que durante os primeiros meses de vida os bebés pouco mais fazem do que comer e dormir



- começam a virar-se,
- agarrar as coisas,
- a gatinhar...



O Recém-Nascido



Não se mexem

Põem-se de pé

Gatinham

Rebolam

Sentam-se

Os Bebés desenvolvem-se muito rapidamente



Recém Nascido

Andam

Exploração da casa

trepam

No primeiro ano de vida, 80% dos acidentes são quedas de sofás, da cama dos pais, do carrinho que ficou com o cinto aberto, de escadas, etc...

Na estrada...




- Cadeira adequada ao peso e à idade do bebé
- Voltada para trás e correctamente instalada, até aos 18-24 meses.

Se o seu carro tiver airbag frontal, não pode nunca instalar a cadeira no banco da frente

Prof. José M. Aparício, Pediatra e Intensivista Pediátrico, no Porto.


Quedas

- Não deixar bebé sozinho em cima de uma mesa ou de um sofá



O melhor é ter tudo aquilo de que precisa à mão antes de começar a mudar a fralda ou a dar banho ao bebé.

Quedas



- Colocar cadeirinhas e alcofas no chão para evitar quedas;
- Não deixe que os irmãos lhe peguem, a não ser quando acompanhados por um adulto.

Síndrome da Morte Súbita

- É a morte súbita e sem explicação de um bebé durante o primeiro ano de vida, associada ao sono;
- É uma situação assustadora porque acontece sem aviso prévio num bebé aparentemente saudável;



Morte Súbita



- Vários estudos epidemiológicos, incluindo milhares de lactentes, demonstram que a posição mais segura para dormir é em decúbito dorsal.



reduções da mortalidade entre 20 e 67%, sem aumento do número de mortes por aspiração de vómito.

A Hora de Dormir...

- Deitar de costas
- Não cobrir a cabeça.
- Não colocar almofadas, fraldas, brinquedos, gorros, laços ou fitas dentro da cama



ASFIXIA



http://www.criancas.net/globos04_02_2011_1_22248_87456337___morte_subita_hemera.jpg

Queimaduras

- **BANHO**



verificar a temperatura da água

deitar primeiro a água fria e só depois a água quente.



Queimaduras



- Ao dar o **BIBERÃO**, deve **certificar-se** da temperatura do leite, entornando uma gota no seu pulso.

Se utilizar o forno de micro-ondas, agite sempre bem o biberão e lembre-se que o vidro pode estar morno, mas o leite a ferver

Primeiro Ano de Vida

Primeiro Ano de Vida

- Gatinhar dá maior acesso a locais e produtos perigosos;
- Quando a criança começa a gatinhar, os pais devem percorrer a casa de gatas com os olhos ao nível do bebé, para detectarem perigos, como por exemplo objectos pequenos que possam asfixiar se colocados na boca

4 meses

- Os bebés exploram com a boca os objetos que os rodeiam



BRINQUEDOS macios, facilmente laváveis e suficientemente grandes e retirar partes soltas ou destacáveis

4 meses

- Nunca deixe o bebé sozinho na **BANHEIRA** (basta meio palmo de água para uma criança se afogar).
- Coloque um tapete anti-derrapante no fundo da banheira e lembre-se que os bebés ficam mais "escorregadios" com o sabonete e os óleos de limpeza.



4 meses...

- começar a prepara a casa ou colocar um parque



6 meses

- PROTECTORES DE TOMADAS**
- Retirar todos os fios soltos e extensões ou protegê-los;
- As pilhas, além de poderem ser engolidas ou aspiradas, podem também intoxicar.
- Proteger as **LAREIRAS, radiadores**.
- Se tem **ESCADAS**, coloque **cancelas que** cumpram as normas de segurança, no primeiro e no último degrau, para evitar **quedas**.

6 meses

- NUNCA utilize andarilhos ("aranhas", "voadores").** Os andarilhos provocam muitos acidentes – quedas, entalões, queimaduras, pancadas na cabeça quando o bebé vai para baixo da mesa,... Os andarilhos são muito perigosos e não ajudam a andar; pelo contrário, podem atrasar a aprendizagem.



9 meses

- São capazes de:
 - puxar uma toalha de mesa ou o fio do ferro elétrico,
 - alcançar objetos perigosos em cima de uma bancada;



9 meses

Na cozinha, atenção ao fogão:

- porta do forno
- puxar as pegas dos tachos, panelas e frigideiras



Colocar um toalha terno humido na porta do forno
Pegas dos tachos voltadas para Dentro

9 meses

- Na introdução das refeições da família, ter atenção aos alimentos duros e lisos (amendoins ou outros frutos secos, castanhas ou tremçoços)



ENGASGAR e sufocar.



PREVENÇÃO DE ACIDENTES

A principal causa de morte infantil, em Portugal → **Acidente rodoviário**

Supportado pelo **Artigo 55.º da segurança rodoviária**, referente ao Transporte de crianças em automóvel, a utilização de cinto de segurança, é umas melhores formas de protecção.



Prevenção acidentes

Outros acidentes:

- ▶ afogamentos em banheiras e piscinas,
- ▶ queimaduras,
- ▶ ingestão de substância tóxicas,
- ▶ ingestão de corpos estranhos
- ▶ queda de locais altos, entre outras



(DINIZALLA et al, 1998)

Afogamento → curiosos, sendo que a morte por afogamento encontra-se em segundo lugar nas causas de morte;

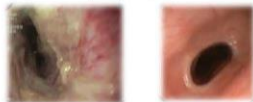
Este inclina a cabeça, e visto esta ser mais pesada que o restante corpo e caiem dentro de água, não tendo depois a coordenação suficiente para saírem de lá.

Prevenção acidentes

Asfixia → apesar de menos comuns que nos bebe 0-1 anos, pois as crianças dos 1-3, já sabem mastigar os alimentos antes de os engolirem. Frutos secos, tampas, brinquedos, medicamentos, material de limpeza...



O único lugar seguro para substâncias perigosas, um armário trancado e fora do seu alcance.



Apesar do envenenamento não causar na maioria das vezes mortalidade, provoca morbilidade significativa como por exemplo estenose esofágica.

Centro de Informação Antivenenos (CIAV)
do INEM 808 250 143

(HOCKENBERRY, 2006)

Prevenção acidentes

Quedas → “A corrida e o trepar combinados com a falta de consciência do perigo, fraca coordenação e um alto centro de gravidade, constituem para a criança uma queda pronta a acontecer”

(Opperman e Cassandra, 2001 p.117)



As escadas são um local propício onde ocorrem várias quedas, devem ser protegidas por cancelas, bem como as janelas com gradeamento.



Prevenção acidentes

Queimaduras → as crianças conseguem trepar e alcançar fontes de calor.

- As queimaduras com água quente são frequentes na infância, pois a criança ao puxar a toalha da mesa ou o cabo das panelas entorna os líquidos sobre si mesma, devendo estes serem colocados fora do seu alcance;



- Os aparelhos eléctricos devem ter protecções de segurança, pois as crianças dos 3-6 anos têm capacidade de manipular objectos pequenos e finos, colocando por exemplo ganchos do cabelo nas tomadas;



- As crianças podem colocar as tomadas e fios na boca, e visto a água ser um excelente condutor, pode provocar uma queimadura perioral.

Prevenção acidentes

Para a prevenção de acidentes é essencial a protecção da criança, através de um ambiente adaptado, regulamentos e leis da sociedade e educação de pais e crianças.

A Prevenção é a Vacina dos Acidentes!!!



Vamos à Praia.....



Chegou o verão...

Exposição Solar

Risco de exposição solar →

Fragilizar a pele para toda a vida
Queimaduras
Insolações

Informar os pais sobre os cuidados a ter:

- O protector solar deve ser: sem álcool, resistente à água, o factor de protecção deve ser total, sendo aplicado 30 minutos antes de se expor ao sol e reaplicado, também deverá ser aplicado em dias nublados;
- Usar roupa leve e de cor clara, chapéu e evitar a exposição solar entre as 10 e as 16h;
- Não devemos esquecer de proteger as mãos, pés, orelhas, nuca, nariz, lábios e área em redor dos olhos;

Exposição solar



- A criança deve beber muita água ou sumos de fruta à temperatura ambiente, para evitar uma desidratação;
- Após a exposição ao sol deve tomar um banho com água tépida e aplicar creme hidratante em todo o corpo;
- É de extrema importância que os pais retirem a criança da exposição solar, caso esta esteja cansada ou irritada;
- Examinar regularmente a pele para verificar o aparecimento de "escaldões";
- Em crianças com manchas ou cicatrizes, devem aplicar sempre um factor de protecção total.

Exposição Solar

- ❖ Caso a criança apresente queimadura da pele ou "escaldão", febre, dores de cabeça, tonturas e falta de ar devem consultar o médico.



A **insolação** é uma situação resultante da exposição prolongada ao sol, ao calor, num local fechado e sobreaquecido (por exemplo, dentro de uma viatura fechada, ao sol)

Diversos sintomas :

- Desidratação
- queimadura
- mal-estar geral,
- dor de cabeça, tonturas, vertigens,
- vómitos,
- falta de ar e aumento da temperatura corporal

Transporte urgente para o Hospital

Sugestão...

- Se deixar a criança noutras casas ou com outras pessoas, sejam os avós, outros familiares ou a ama, certifique-se que essas pessoas cumprem as mesmas regras.
- Estes ambientes, onde às vezes já não há crianças há muito tempo, podem não estar suficientemente preparados para o bebé.
- Se optar por uma creche, observe bem o ambiente, tentando detectar possíveis perigos, e comunique aos responsáveis as suas preocupações.

Bibliografia

- ✓ PORTUGAL - Programa Nacional de Prevenção de Acidentes, Lisboa: DGS, 2010, 54 p
- ✓ Associação para a Promoção da Segurança Infantil – www.apsi.org.pt. 25-05-2012 19:56
- ✓ Sociedade Portuguesa de Pediatria - <http://www.spp.pt/conteudos/default.asp?ID=33>. 22-05-2012 23:30

Ficha de Avaliação da Sessão de Formação



Tema: Prevenção é a Vacina dos Acidentes: Prevenção de Acidentes dos 0 aos 3

Data: Dia 19 de Junho de 2012

Formadora: Andreia Vanessa Cravo Chaves

Agora, que a sessão terminou, gostaria de saber a sua opinião de como esta decorreu, de modo a detectar algumas falhas para poder melhorar sessões futuras. Assim, pedia a sua colaboração, para o preenchimento deste pequeno formulário que é anónimo.

Responda a cada item colocando uma Cruz (X) na coluna que melhor indica a sua avaliação.

<u>Relativamente à Organização:</u>	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade				
Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.				
A duração da formação foi adequada.				
O horário da formação foi adequado.				
A divulgação da formação foi suficiente.				

<u>Relativamente ao Formador:</u>	Totalmente	Muito	Algum	Nenhum
Domínio dos conteúdos apresentados				
A linguagem utilizada foi clara e acessível				
Clareza na transmissão dos conhecimentos.				
Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.				
Interação com o grupo.				
Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.				

<u>Relativamente aos Conteúdos:</u>	Totalmente	Muito	Algum	Nenhum
As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas				
Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.				
Foram abordados todos os pontos que consideraram importantes.				

Duas medidas de prevenção de quedas

Uma medida de prevenção de queimaduras;

Um cuidado a ter na exposição solar

Muito Obrigada pela sua Colaboração

Andreia Chaves

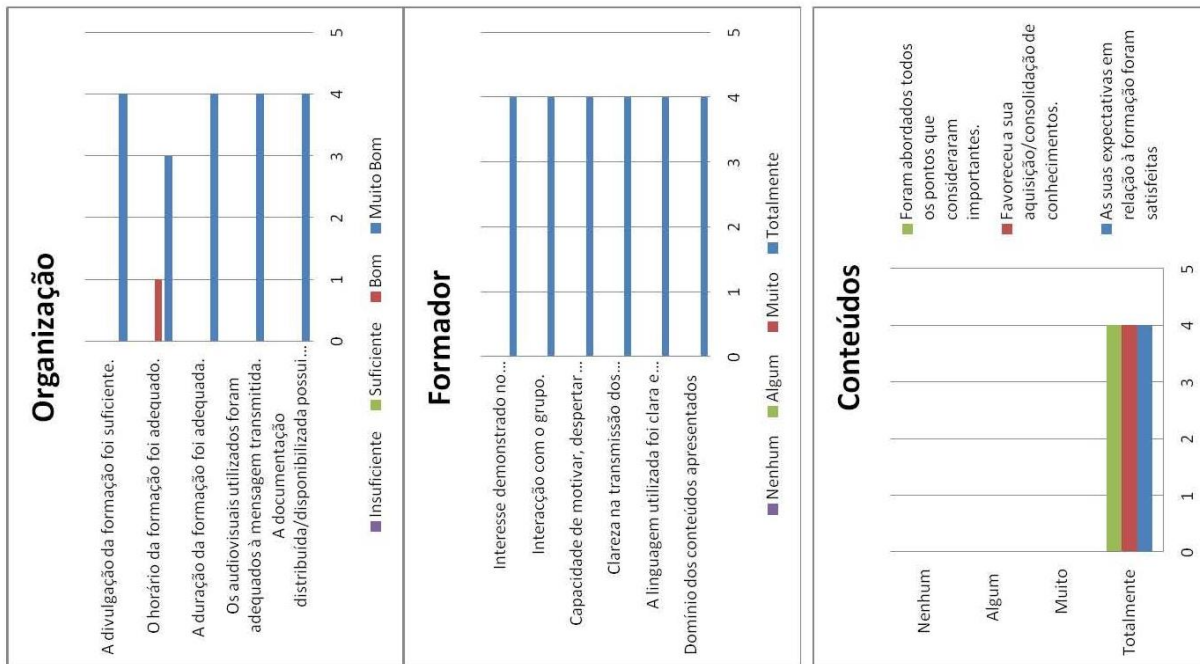


Relatório da Sessão Formação

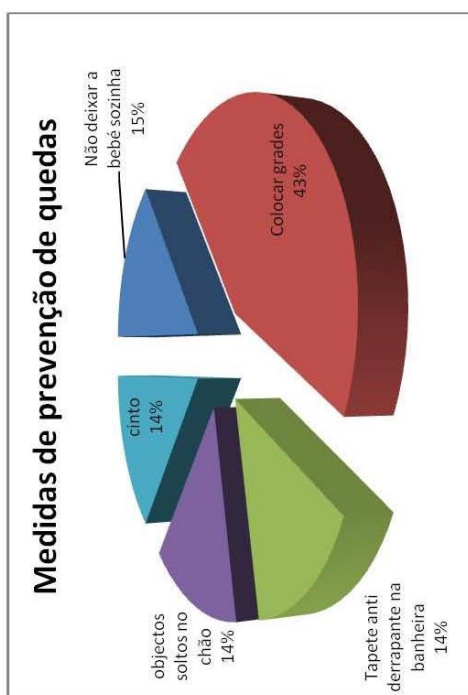
Prevenção de Acidentes dos 0 aos 3 anos

A formação teve lugar na USF Marginal no dia 19 de Junho de 2012, na sala de reuniões, pelas 16h, estando presentes prestadores de cuidados do sexo feminino num total de 4 mães e uma irmã de 10 anos. A sessão surgiu com a necessidade de transmitir informações, sobre a prevenção de acidentes, pelas dúvidas e questões colocadas sobre o tema durante as consultas de enfermagem de saúde infantil. A faixa etária escolhida foi entre os 0 e os 3 anos, pois é segundo esta faixa etária que a criança tem um sentido de perigo e de auto preservação muito reduzido, dependendo a sua segurança totalmente dos adultos, justificando por isso a pertinência desta sessão. A sessão teve duração de cerca de 40min. No final foram distribuídos uns formulários para avaliar a sessão e se os objetivos propostos foram atingidos.

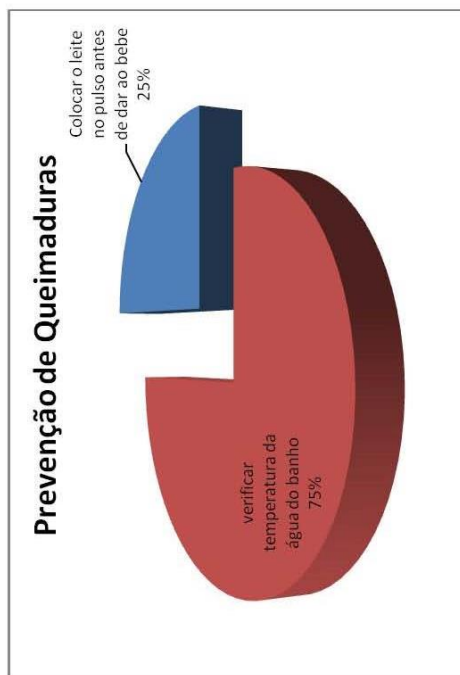
Os resultados obtidos relacionados com a formação foram os seguintes:



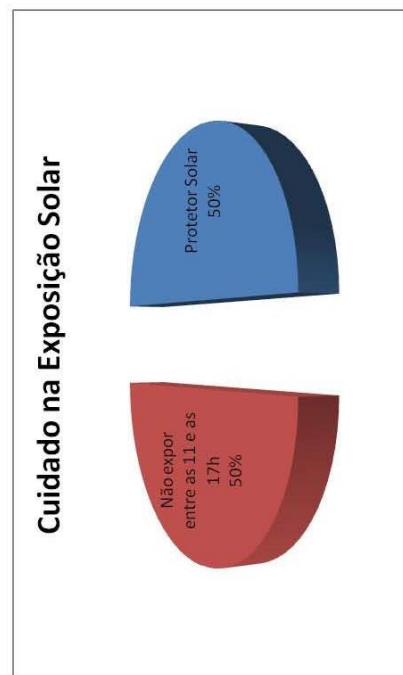
As perguntas de resposta aberta para avaliar os objetivos da sessão tiveram os seguintes resultados:



As respostas enunciadas com maior frequência foi a colocação de grades e não deixar o bebé sozinho, seguido da utilização de cinto e de tapete anti-derrapante bem como não deixar objetos espalhados no chão. A APSI (2003) recomenda que não se deve deixar o bebé sozinho em cima de uma mesa ou de um sofá, nem que seja “apenas por um segundo”, devendo a cama ter grades com 60cm e altura, sustentando as respostas enunciadas pelos cuidadores. O mesmo afirma PERESTRELO (2010), que se devem utilizar grades no início e final das escadas, de modo a evitar as quedas. Ainda APSI (2003) e PERESTRELO (2010) recomendam a utilização do cinto no carro e espreguiçadeiras e de um tapete antiderrapante na hora do banho pois os bebés ficam mais “escorregadios” com o sabonete e os óleos de limpeza.



As crianças com menos de 5 anos de idade, cerca de 15% das mortes relacionadas com queimaduras, em todo o Mundo, tendo sido de extrema importância a pertinência de abordar este tema (DGS, 2010). Segundo a APSI (2003) uma das estratégias para evitar as queimaduras passam por verificar a temperatura da água do banho antes de colocar a criança, o que foi respondido por 75% dos cuidadores e certificar-se da temperatura do leite, entomando uma gota no pulso, antes de dar à criança, o que foi respondido em 25% dos pais.



Os principais cuidadores enunciaram como medidas preventivas para a exposição solar, a utilização de protetor e a não exposição entre as horas de maior calor, o que é

suportado pela circular normativa da DGS (2008), em que esta recomenda evitar a exposição direta ao sol em especial entre as 11 horas e as 16 horas e utilizar protetor solar o que vai de encontro também ao descrito pela APSI (2003) no Manual “*Vale a Pena Crescer em Segurança*”.

As respostas obtidas demonstra que os assuntos abordados foram retidos e compreendidos, tendo alcançado os objectivos propostos para esta sessão. Pretendo assim prevenir os acidentes em casa, com a ajuda e colaboração dos principais cuidadores.

Bibliografia

- APSI – Evitar os Acidentes no primeiro ano de vida: vale a pena crescer em segurança. 3ª edição, 17 páginas 2003.
<http://www.sscml.pt/internet/fileadmin/areamedica/centrodoconhecimento/Evitar%20os%20acidentes%20no%20primeiro%20ano%20de%20vida.pdf>. 15-05-2012 13:40
- ✓ PERESTRELO, Lurdes – Prevenção de Acidentes em Casa, 2010
http://www.cuidarcrianca.com/index.php?option=com_content&view=article&id=54:prevencao-de-acidentes-em-casa&catid=3:biblioteca&Itemid=5. 20-05-2012 18:55
- ✓ PORTUGAL – Direção Geral da Saúde. Plano de contingência para as ondas de calor – 2008 recomendações sobre vestuário apropriado em períodos de temperaturas elevadas – *Circular Normativa nº21/DA. 2008-08-08* [Disponível em Portal da Saúde]
- ✓ PORTUGAL - Programa Nacional de Prevenção de Acidentes, Lisboa: DGS, 2010, 54 p.

Queimaduras

- No **Banho** verificar a temperatura da água (primeiro a água fria e depois a água quente) 37°C
- **Biberão**: certificar-se da temperatura do leite, entornando uma gota no pulso.
- **Cozinha**:
 - pegas dos tachos, panelas e frigideiras voltadas para dentro;
 - Porta do fogão quente
 - Proteger as lareiras e radiadores.
 - A criança pode puxar a toalha da mesa ou o cabo das panelas entornando os líquidos quentes sobre si mesma, devendo estes serem colocados fora do seu alcance;
- As pilhas engolidas podem provocar queimaduras graves – É uma Situação de Emergência.



As crianças precisam de explorar o mundo que as rodeia, de o "agarrar" com os cinco sentidos, com a sua inteligência e imaginação não é "fechar o bebé a sete chaves" ou mantê-lo "numa redoma".



Enf. Andreia Chaves

Aluna do Curso de Mestrado com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica

Enf. Especialista Orientadora: Laura Nunes

A Prevenção é a Vacina dos Acidentes

A Prevenção Começa com o Nascimento

Afogamento é Silencioso

- Nunca deixar o bebé sozinho na BANHEIRA (basta meio palmo de água para uma criança se afogar e 1s).
- Ao serem curiosos, inclinam a cabeça, visto esta ser mais pesada que o restante corpo, caem dentro de água, não tendo depois a coordenação suficiente para saírem de lá.



Aspiração

- Utilizar brinquedos macios, facilmente laváveis e suficientemente grandes;
- Retirar partes soltas e brinquedos de pequenas dimensões;
- Nas refeições da família, ter atenção ao tamanho dos alimentos fornecidos.

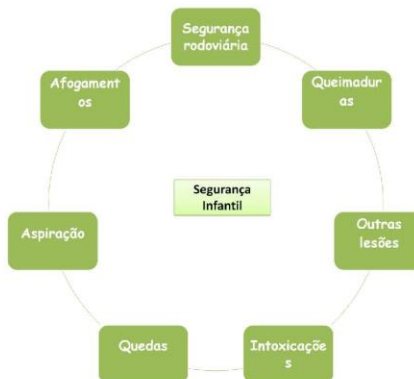


Matam e incapacitam mais que qualquer doença

Podem ser evitados....e quem os pode evitar são os adultos: NÓS!

Acidentes

São a principal causa de morte na infância



Segurança Rodoviária

- Transportar a criança numa cadeira adequada ao peso e à idade de acordo com as normas da segurança rodoviária (voltada para trás até aos 18-24 meses)



Quedas

- Não deixar o bebé sozinho em cima de uma mesa ou de um sofá;
- Colocar cadeirinhas e alcofas no chão;
- Ter tudo aquilo de que precisa à mão antes de começar a mudar a fralda ou a dar banho ao bebé.
- Não utilizar andarilhos
- Em escadas, colocar cancelas, no primeiro e no último degrau;
- Em janelas e varandas colocar proteções;



Intoxicações

- Guardar substâncias perigosas (lixívia, detergentes, químicos, medicamentos), num armário trancado e fora do alcance.



Anexo VII – Cartaz informativo “A prevenção é a vacina dos acidentes: prevenção de acidentes no 1º ano de vida”



A PREVENÇÃO É A VACINA DOS ACIDENTES!!!

Prevenção de Acidentes Durante o 1º Ano de Vida
Queimaduras, Quedas, Asfixia, Acidentes Rodoviários

Matam e incapacitam mais que qualquer doença



Podem ser evitados... e quem os pode evitar são os adultos: NÓS!

São a principal causa de morte na infância

A PREVENÇÃO COMEÇA COM O NASCIMENTO

0 aos 1 Meses

O Sentido mais desenvolvido no bebé é a audição em detrimento da visão que é o menos desenvolvido

- Cadeiras/altos não são;
- Não deixar bebé sozinho em cima de uma mesa ou de um sofá;
- Verificar se o berço é seguro;
- Temperatura da água do banho (deitar primeiro a água fria e só depois a água quente);
- BIBERÃO: certificar-se da temperatura do leite, entornando uma gota no seu pulso.
- Deitar o bebé sempre de costas, sem fraldas, almofada ou objetos junto à cara;
- Transportar o bebé no carro com cadeira adequada nunca à frente se o carro tiver air bag.

2 Meses

Começa a:

- rebolar
- agarrar as coisas

- Manter uma mão sobre o bebé quando se muda a fralda;
- No carrinho de passeio e na espreguiçadeira, prender o bebé sempre com o cinto e travar o carrinho quando este estiver parado

4 meses

Vira-se de barriga para cima Explora com a boca os objetos que o rodeia – Sufocar

- Optar por brinquedos macios, facilmente laváveis e suficientemente grandes;
- Retirar partes soltas ou destacáveis de brinquedos;
- Nunca deixar água da banheira a correr;
- Triturar e mexer bem as papas, certificando-se que não esta quente nem contem pedaços

6 meses

Vira-se e senta-se com apoio; Começa a gatinhar ou a arrastar-se

- Utilizar protetores de tomadas
- Retirar os fios soltos e extensões
- Proteger lareiras, radiadores, escadas, janelas e Portas (cancelas, grades, fechos segurança)
- Cadeira da Alimentação estável, com cinto
- As pilhas, além de poderem ser engolidas ou aspiradas, podem também intoxicar.

9 meses

Gatinha, deslocando-se facilmente Senta-se sozinho Puxa a toalha de mesa ou o fio do ferro elétrico; Alcança objetos perigosos

- Utilizar uma cancela à entrada das divisões mais perigosas;
- Nunca deixe o bebé sozinho na BANHEIRA;
- Não deixar água dentro de recipientes (exbaldes)
- Manter sempre os medicamentos, produtos químicos e de limpeza em segurança e bem fechados.

12 meses

Põe-se de pé, dá alguns passos;

- NUNCA utilize andarilhos
- Nunca deixe a criança sem vigilância (rua, junto de água ou cão)
- Inclina a cabeça sobre um recipiente com água, por curiosidade, e visto a cabeça ser mais pesada que o restante corpo, caem dentro de água, não tendo depois a coordenação suficiente para saírem de lá.

Está Contra - Indicado a ida à Prata até aos 12 Meses

Trabalho efetuado por: Enf. Andreia Chaves
Assistida por: Enf. Ana Catarina de Sousa e Maria da Graça
Orientada por: Enf. Especialista Laura Nunes

BIBLIOGRAFIA

- Programa nacional de prevenção de acidentes. 2002/2016. http://www.ans.mh.saude.pt/2006/06/08/ptempal_30.06.2012_2830
- Portugal. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Prevenção de Acidentes. Lisboa: DGES, 2016. 64 p.
- Associação para a prevenção de acidentes infantis. <http://www.apai.org.pt/index.php>. 25-06-2012 10:00
- PEDEI, Luis – Prevenção de Acidentes no 1º Ano de Vida. http://www.prevencao.com.br/prevencao/2013/03/05/prevencao_acidentes_primeiro_ano.php. 20-06-2012 22:33
- Sociedade Portuguesa de Fisiologia - Prevenção da morte súbita. http://www.spo.pt/online/2009/04/10/10332_20-05-2012_22309

Conclusão

As crianças precisam de explorar o mundo que as rodeia, de o “agarrar” com os cinco sentidos, com a sua inteligência e imaginação não é “fechar o bebé a sete chaves” ou mantê-lo “numa redoma”.



***Anexo VIII – Folha de continuidade dos cuidados da criança/família
com Gastrostomia***

que se administra;																				
Administrar 10-20 ml de água a cada administração de fármacos																				
4 – Cuidados ao estoma																				
Limpar diariamente a parte externa e interna da sonda/botão de Gastrostomia																				
Observar diariamente as características do estoma e da pele envolvente para despistar: irritação da pele e aparecimento de secreção gástrica;																				
Colocar compressa entre a pele e a sonda, de modo a evitar feridas																				
Fazer rotação da sonda 360° uma vez por dia, evitando aderências																				
Limpar o estoma com movimentos circulares, usando compressa e soro fisiológico/água e sabão																				
Não aplicar loções ou cremes hidratantes na região peri-estomal (obstruem os poros da pele, mantendo-a húmida);																				
Colocar compressa não têxtil, (com um pequeno corte a meio) em redor da sonda, mudando-a frequentemente;																				
5- Cuidados de Higiene																				
A criança pode tomar banho diariamente, de preferência de chuveiro, tendo sempre o cuidado de fechar as portas de entrada da sonda.																				
Fazer higiene oral da criança usando pasta dentífrica ou não, dependendo do estado da criança																				

6- Atuação em caso de intercorrências																				
Saber o que fazer quando a sonda fica exteriorizada (saída)																				
Saber onde recorrer quando a sonda se exterioriza																				
Saber onde se dirigir quando necessita de material para administração de alimentação/medicação (Ex: prolongamentos)																				
Saber o que fazer se a zona a volta do estoma está húmida e com saída de conteúdo gástrico																				

Anexo IX – Folheto “A criança com Gastrostomia no domicílio: O que fazer em caso de sonda de Gastrostomia/Botão se exteriorizar acidentalmente”

Contactos Uteis

- Associação de Paralisia Cerebral de Lisboa

21 754 06 92 / 21 754 06 93

- Hospital Dona Estefânia

213126600

Consulta de Gastrenterologia do H.D. Estefânia

213126137

das 8h às 16h, de 2ª a 6ª feira

- Associação Nacional de Famílias para a integração da pessoa deficiente


21 472 40 40

- Escola de pais família e necessidades especiais

<http://escolapaisnee.blogspot.pt/>


A Criança com Gastrostomia no Domicílio

Folheto Elaborado por:
Enf. Andreia Chaves
Aluna do mestrado em enfermagem de natureza profissional, com especialização em saúde infantil e pediátrica.,
orientado pela Enfermeira Especialista Elsa Soeiro



A Criança com Gastrostomia no Domicílio

O que fazer em caso de sonda de gastrostomia/botão se exteriorizar (sair) acidentalmente



http://1.bp.blogspot.com/-m1fubk2pMdo/TsQz_4oPqxI/AAAAAAACLw/Acs0UYiC9A/s1600/IMG_1118.JPG

A Criança com Gastrostomia no Domicílio

Botão Extraído

Se o balão estiver insuflado (cheio de água)

1. Deve conectar (ligar/adaptar) uma seringa à válvula e esvaziar o balão;
2. Introduzir o balão no estoma (orifício/buraco);
3. Fixar com uma compressa e adesivo;
4. Contactar Enf. de Referência/Médico da Consulta de Gastrenterologia;
5. Dirigir-se ao Hospital o mais rápido possível;



Se o balão estiver rasgado

1. Voltar a introduzir o botão no estoma (orifício/buraco);
2. Colocar uma compressa a cobrir o botão;
3. Fixar a compressa com um pouco de adesivo;
4. Dirigir-se ao Hospital o mais rápido possível.



Se o balão estiver rasgado e não poder dirigir-se ao hospital de imediato (fim-de-semana; durante a noite)

1. Voltar a introduzir o botão no estoma (orifício/buraco);
2. Colocar uma compressa a cobrir o botão;
3. Fixar a compressa com um pouco de adesivo;
4. Dirigir-se ao hospital logo que possível.

Anexo X - Folhetos “Exames Gastrenterológicos”

Após ingestão da Cápsula

- Atividade diária normal (caminhar e passear)
- Evitar correr, saltar ou dobrar-se
- Não utilizar o telemóvel
- Manter-se afastado de campos electromagnéticos
- Ao sentar-se ter as costas direitas

Alimentação

- Mantém jejum durante mais 4 horas;
- Após 4 horas ingerir líquidos transparentes (chá açucarado, Ice tea);
 - se sentir tonturas chupar um chupa chupa ou rebuçado
- **NÃO BEBER** leite nem iogurtes;

Decorridas 4 horas fazer uma dieta ligeira (canja com pouca carne e pouca massa)

Sintomas que poderão surgir:

- Dor abdominal
- Vômitos

Em caso de dúvida ou persistência dos sintomas pode contactar para a consulta através do n.º de telefone 213126137, das 8h às 16h, de 2ª a 6ª feira

Cuidados com o equipamento

- Não tapar o gravador para evitar que este aqueça demasiado;
- Verificar de 15 em 15 minutos se a luz do gravador pisca 2 vezes por segundo;
- Se houver alguma alteração contactar o hospital ou unidade de gastroenterologia.

Entrega do aparelho e recomendações

- Depois de o aparelho deixar de piscar a luz azul significa que o exame terminou (9-10h).
- Poderá nesta altura retirar o cinto e colocá-lo dentro de um saco plástico e ir devolvê-lo ao hospital no próprio dia ou no dia seguinte.

A cápsula poderá demorar 24 a 48h a ser expelida, devendo o utente ter a certeza de que a cápsula foi eliminada.

Folheto elaborado por:
Enf Andreia Chaves, Aluna de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional com Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica Orientado pela Enf. Especialista Elsa Soeiro



O seu filho vai realizar

ENTEROSCOPIA COM CÁPSULA

O que preciso de saber?



http://arquivo.univision.com/contentroot/uol/art/images/vidu/salud/2005/01/capsula_endoscopica_3.jpg

O que é?

- O trato gastrointestinal (TGI) é o trajeto percorrido por um alimento desde que é ingerido até que é eliminado
- No TGI podem ocorrer diversas patologias (doenças) que podem ser diagnosticadas por endoscopia e colonoscopia, no entanto o intestino delgado fica invisível e desconhecido, usando por isso a cápsula.
- É um exame que utiliza uma pequena câmara de vídeo, colocada dentro de uma cápsula, para fotografar o interior do intestino delgado, transmitido essas imagens para um registador, colocado em volta do abdómen;
- O Exame demora cerca de 9 horas.
- Não permite colher fragmentos de tecidos (biópsias), nem fazer tratamento.



<http://www.cidadeverde.com/blog/ceve/ceditor/assets/img22/cpsula.jpg>



Enteroscopia com Cápsula Que preparação devo fazer?

VÉSPERA DO EXAME

- Interromper a toma de medicamentos contendo ferro nos 5 dias que antecedem o exame
- Será fornecido uma dieta adequada para cada criança de acordo com as suas especificidades
- Será fornecido um medicamento para a limpeza intestinal
- Fazer 12h de jejum antes do exame. Pode comer até às _____ Horas;

DIA DO EXAME

- Trazer roupa larga e de algodão, desprovida de fibra;
- 30 a 40min antes da ingestão da cápsula, será administrada uma medicação oral ao seu filho pela enfermeira para aumentar a motilidade gástrica (evitando que a capsula fica muito tempo retida no estomago, passando rapidamente para o intestino delgado).
- Irá ingerir a cápsula com ajuda de um copo de água;
- Ser-lhe à fornecida uma folha de registo para registar:
 - alteração ou sensações anormais na criança;
 - horas das refeições.



<http://cch.mundodoc.com/2005/01/01/boque/Dicaspara%20minha%20crianca.jpg>



O SEU FILHO VAI
REALIZAR
COLONOSCOPIA

DEPOIS DO EXAME

Que cuidados deve ter ?

- O seu filho irá para uma sala de recobro, onde poderá permanecer junto dele;
- Converse com tom de voz baixo, pois existem outras crianças no período pós exame.

Não dê qualquer alimento ou bebida sem autorização do enfermeiro.

Em casa introduzir a alimentação habitual de forma progressiva.

Vigiar as atividades do seu /a filha de forma a evitar acidentes

O que poderá sentir?

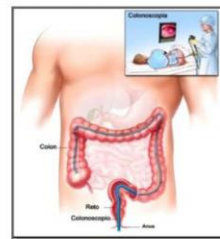
- Tonturas
- Ficar sonolento umas horas após o exame;
- Desconforto abdominal;
- Barriga Volumosa;
- Flatulência (gases)
- Dores de Barriga

Onde se localiza a Consulta de Gastrenterologia?

A Unidade localiza-se no 2º andar do edifício central do Hospital Dona Estefânia

Em caso de dúvida ou persistência dos sintomas pode contactar para a consulta através do n.º de telefone 213126137, das 8h às 16h, de 2ª a 6ª feira

O que precisa de saber?



<http://www.beneditoborges.com.br/wbl/media/colonoscopia.gif>

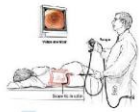
Folheto elaborado por:
Enf Andreia Chaves, Aluna de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional com Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica Orientado pela Enf. Especialista Elsa Soeiro

O que é a colonoscopia?

A colonoscopia é um exame que serve para observar o interior do cólon (intestino grosso), desde o recto até ao cego através de um aparelho (colonoscópio) com a forma de um cilindro, sendo um tubo flexível.



http://www.beneditoborges.com.br/wbl/media/colonoscopia.gif



Este aparelho é constituído por fibras ópticas com iluminação numa das extremidades o que permite a

visualização do interior do intestino. Há também a possibilidade colher pequenos fragmentos de tecido (biopsias), através de utensílios específicos (pinça) e de remover pequenos tumores benignos (pólipos), podendo ainda estancar eventuais feridas que estejam a sangrar.

Como é realizado este exame?

O exame é realizado com:

- o doente em **jejum** (não poderá ingerir nada, incluindo água nas 6h antes ao exame),
- anestesiado,

É fundamental para que o exame seja eficaz, que o intestino esteja bem limpo, devendo por isso cumprir todas as indicações que forem fornecidas relativamente à preparação necessária.

ANTES DO EXAME

O que deve fazer na antevéspera do exame?
Inicia dieta específica, e deve ingerir muita água no intervalo das refeições.

Pequeno-almoço: 1 chávena de chá com açúcar ou 1 copo de sumo de fruta centrifugada, 1 ovo escalfado ou cozido, 3 bolachas de água e sal.

Meio da manhã: 1 chávena de chá com açúcar ou 1 copo de sumo centrifugado.

Almoço: Caldo de carne feita com 100g de carne e 100g de cenoura (que retira depois de cozido), 100g de peito de frango cozido, 1 taça de gelatina.

Lanche: 1 chávena de chá com açúcar ou 1 copo de sumo centrifugado, 1 taça de gelatina

Jantar: caldo de carne idêntico ao almoço, 100g de peixe branco cozido.

Ceia: 1 chávena de chá com açúcar ou 1 copo de sumo de fruta centrifugada, 3 bolachas de água e sal.

O que deve fazer na véspera do exame?

- Mantém dieta igual à do dia anterior
- Inicia preparação fornecida e indicada pelo Médico
- Retire todos os objetos de adorno (brincos, pulseiras, fios, etc.).
- Traga o brinquedo ou o objeto preferido do seu filho, para que se sinta mais seguro.

DIA DO EXAME

Quem pode acompanhar a criança durante o exame?

- A criança pode ter dois acompanhantes (mãe, pai ou substitutos), durante a indução anestésica (até adormecer), e logo após terminar o exame;
- Assim a criança sente-se mais segura e tranquila.

O que deve fazer ?

- Não dar de comer nem beber (nem água), a partir da hora que lhe indicarem na consulta ou quando fez a marcação do exame.
- Efetuar de manhã antes do exame um clister de limpeza, repetir de 30 em 30 minutos o clister até sair água limpa
- Deve chegar à consulta à hora que lhe for indicada pelo médico ou enfermeiro e dirigir-se ao secretariado;
- Irá ser, depois de inscrito no secretariado, encaminhado para o enfermeiro da sala;
- O enfermeiro informá-lo-á dos procedimentos a seguir.

No dia do exame pode pedir ao administrativo a declaração para justificar a ausência do seu filho /a à escola ou infantiário e a sua ao trabalho.



DEPOIS DO EXAME

Que cuidados deve ter ?

- O seu filho irá para uma sala de recobro, onde poderá permanecer junto dele;
- Converse com tom de voz baixo, pois existem outras crianças no período pós exame.

Não dê qualquer alimento ou bebida sem autorização do enfermeiro.

Em casa introduzir a alimentação habitual de forma progressiva.
Vigiar as atividades do seu /a filha de forma a evitar acidentes.

O que poderá sentir?

- Tonturas
- Ficar sonolento umas horas após o exame.

Onde se localiza a Consulta de Gastroenterologia?

A Unidade localiza-se no 2º andar do edifício central do Hospital Dona Estefânia

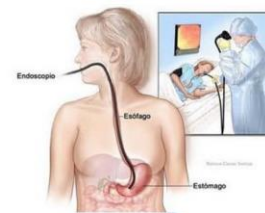
Se tiver qualquer dúvida pode contactar para a consulta através do n.º de telefone 213126137, das 8h às 16h, de 2ª a 6ª feira.

Folheto elaborado por:
Enf Andreia Chaves, Aluna de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional com Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica Orientado pela Enf. Especialista Elsa Soeiro

O SEU FILHO VAI REALIZAR

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

O que precisa de saber?



<http://41pp.blogspot.com/>
teWwla_9pPcT7ZowDlK6K0UJAAAAAARZHDJHEGCA8GyF4U0Jw8k288

O que é a Endoscopia Digestiva Alta?

- A endoscopia é um exame que serve para observar o interior do esófago, estômago e duodeno, através de um aparelho (endoscópio);
- Este aparelho é constituído por fibras óticas com iluminação numa das extremidades o que permite a visualização do interior do esófago, estômago e duodeno.
- Há a possibilidade colher pequenos fragmentos de tecido (biopsias), através de utensílios específicos (pinça) e de remover pequenos objetos que tenham sido engolidos;
- Permite realizar tratamentos com medicamentos;
- É um exame simples, rápido e seguro.

Como é realizado este exame?

O exame é realizado com a criança:

- em **jejum**, (não poderá ingerir nada, incluindo água nas 6h antes ao exame);
- anestesiado.

VÉSPERA DO EXAME

O que deve fazer ?

- Retire todos os objetos de adorno (brincos, pulseiras, fios, etc.).
- Corte as unhas e retire o verniz (caso exista).
- Dê banho completo à criança, incluindo lavar a cabeça.
- Lave os dentes ao seu filho antes de ir para a cama e no dia do exame (**tendo o cuidado de não o/a deixar engolir água nenhuma**).
- Traga o brinquedo ou o objecto preferido do seu filho, para que se sinta mais seguro.

O que o seu filho pode comer?

- Pode jantar de acordo com o habitual.

Não deve dar-lhe de comer nem beber (nem água), a partir da hora que lhe indicarem na consulta quando fez a

- Antes de ir para a cama pode dar-lhe leite, iogurte, papa ou outro alimento que ele goste (até no máximo às 2h).

DIA DO EXAME

O que deve fazer no dia do exame?

- Deve chegar à consulta à hora que lhe for indicada pelo médico ou enfermeiro e dirigir-se ao secretariado;
- Irá ser, depois de inscrito no secretariado, encaminhado para o enfermeiro da sala;
- O enfermeiro informá-lo-á dos procedimentos a seguir.

Quem pode acompanhar a criança durante o exame?

- A criança pode ter dois acompanhantes (mãe, pai ou substitutos), durante a indução anestésica (até adormecer), e logo após terminar o exame;
- Assim a criança sente-se mais segura e tranquila.

No dia do exame pode pedir ao administrativo a declaração para justificar a ausência do seu filho /a à escola ou infantário e a sua ao trabalho.

***Anexo XI – Questionário à equipa de enfermagem sobre a
necessidade em adquirir conhecimentos sobre o tema em estudo***



Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional com Especialização em Saúde

Infantil e Pediátrica

II Modulo de Estágio

Unidade de Gastroenterologia Infantil do CHLC, Hospital Dona Estefânia

Exmos. colegas

Como já é do vosso conhecimento, encontro-me a frequentar o estágio, cujo tema do meu projeto é “ *a criança com doença crónica gastrointestinal, com necessidades especiais de alimentação* ”. Solicito a vossa colaboração para o preenchimento do seguinte questionário, de modo a ir ao encontro com as necessidades sentidas pela equipa de enfermagem. O questionário será anónimo e confidencial. Poderá no final do estudo, consultar as conclusões do mesmo, através de um exemplar que ficará no seu serviço.

Obrigada pela sua participação

Enfermeira Andreia Chaves

Aluna do Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, orientado pela Enfermeira Elisa Soeiro

Questionário II

1. Sente que seria importante e necessária a construção de um poster dirigido à equipa de enfermagem, sobre “a criança com doença crónica gastrointestinal, com necessidades especiais de alimentação”, para ser afixado na Unidade de Gastroenterologia?

SIM

NÃO

2. Dos seguintes temas, qual o que gostaria de ver contemplado num poster, de acordo com as necessidades sentidas:

Doença Celíaca	
Cuidados à Gastrostomia	
Doença Inflamatória	
Malformações Gastro – Intestinais	
Ingestão de Corpo Estranho	
Ingestão de Cautico	
Outro(s):	

3. Deixe a sua Sugestão/Opinião :

MARTINS, Gilberto de Andrade; LINTZ, Alexandre – Guia para elaboração de monografias e trabalhos de conclusão de curso. 2ªed. São Paulo: Editora Atlas, 2007.

MARTINS, Gilberto de Andrade; LINTZ, Alexandre – Guia para elaboração de monografias e trabalhos de conclusão de curso. 2ªed. São Paulo: Editora Atlas, 2007.



Avaliação do questionário efetuado à equipa de Enfermagem

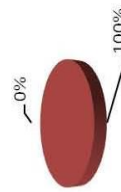
No planeamento do projeto de aprendizagem desenvolvido no âmbito do estágio Modulo II, em contexto de internamento, que teve lugar na Unidade de Intervenção Ambulatorial do Hospital Dona Estefânia, foi elaborado um questionário, com o objetivo de ir ao encontro das necessidades sentidas pela equipa de enfermagem, no âmbito da “criança com doença gastrointestinal crónica com necessidades especiais de alimentação”. Assim foram elaborados 2 questionários, de forma a avaliar as necessidades de formação da equipa de enfermagem da UIA, para satisfação das mesmas. O primeiro avalia essencialmente a importância que a equipa de enfermagem atribui à formação em serviço, sendo que o segundo teve por base a temática do projeto em execução, de modo a mais uma vez satisfazer as necessidades de formação da equipa. Contudo foram realizadas duas sessões de formação e foi elaborado um poster informativo/educativo.

Os questionários foram distribuídos no dia 9 de Outubro de 2012 e recolhidos a 11 de Outubro de 2012, com uma taxa de preenchimento de 100%.

Os resultados obtidos foram os seguintes:

Questionário I

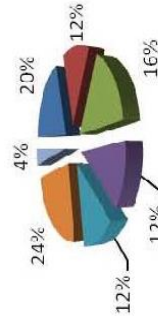
Sente que seria importante e necessária a realização de uma ação de formação à equipa de enfermagem, sobre a “criança com doença crónica gastrointestinal, com necessidades especiais de alimentação”?



Toda a equipa de Enfermagem da UIA atribuiu importância à formação em serviço, considerando por isso pertinente a execução de sessões de formação.

Temas que gostaria de ver ser abordado

- Doença Celíaca
- Doença Inflamatória
- Ingestão de Corpo Estranho
- Outro(s):
- Cuidados à Gastrostomia
- Malformações Gastro – Intestinais
- Ingestão de Caustico



As necessidades de formação da equipa relacionam-se essencialmente a nível de crianças com ingestão de cáusticos e com doença celíaca.

Na opção “outros” foi apenas preenchido por uma enfermeira a sugestão de abordar mais dois temas, sendo eles:

- Cuidados à colonoscopia
- Alimentação parentérica.

Questionário II - Poster

Sente que seria importante e necessária a construção de um poster dirigido à equipa de enfermagem, sobre “a criança com doença crónica gastrointestinal,...



Toda a equipa de Enfermagem considera pertinente a existência de um poster informativo sobre o tema em estudo.



O tema selecionado com maior frequência foi a ingestão de cáusticos.

Na opção “outros” foi apenas preenchido por uma enfermeira a sugestão de elaborar um poster com mais um tema, sendo ele os “cuidados à colonoscopia”.

Assim após a análise dos questionários, foi decidido realizar duas sessões de formação dirigida à equipa de enfermagem com os temas:

- Ingestão de Caustico (24%)
- Doença Celíaca (20%)

Irá ainda ser efetuado um poster a nível informativo e preventivo dirigido aos pais, para ser colocado na sala de espera da Unidade de Intervenção Ambulatória com o tema:

- Ingestão de Caustico (25%)

Enf. Andreia Chaves

Aluna de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional com Especialidade em
Saúde Infantil e Pediátrica

Orientado pela Enf. Elsa Soeiro

Outubro de 2012

Anexo XII – Cartaz informativo “Prevenção de acidentes: Mantenha as suas crianças em segurança e proteja-as. Afaste-as dos produtos tóxicos”

Mantenha as Suas Crianças em Segurança e Protege-as Afastas dos Produtos Tóxicos

Para o meu filho ajudar, em segurança Crescer
O que devo fazer?

- A ingestão de produtos tóxicos ocorre geralmente antes dos 6 anos
- O pico máximo é aos **2 anos**. É a altura em que o seu filho começa a ganhar autonomia e a explorar tudo o que está à sua volta



Guardar os medicamentos e outros produtos químicos (produtos de limpeza, pesticidas, tintas, petróleo, diluentes) fora do alcance das crianças;
Guardar de imediato os produtos após serem utilizados.
Guardar os produtos tóxicos nas embalagens verdadeiras
Redobrar a vigilância mesmo em ambientes já conhecidos (como é o caso dos cafés ou restaurantes de familiares);
Manter os perfumes, águas de colónia, loções para a barba, creme depilatórios longe das crianças



Utilizar embalagens vazias para guardar outros produtos
Usar garrafas de água ou biberões vazios para guardar produtos químicos/medicamentos
Deixar embalagens de medicamentos ou produtos químicos destapadas ou vazias.
Guardar produtos de uso doméstico (lixívia, desentupidores de canos, calicidas) junto a comidas ou bebidas.
Dar medicamentos às escuras
Dar mais medicamentos do que as indicações dadas pelo médico/enfermeira
Aplicar pesticidas em locais acessíveis às crianças.



A ingestão de produtos tóxicos pode provocar lesões graves (queimar) no esófago e no estômago

Bibliografia

Centro de Informações Antivenenos - <http://www.inem.pt/ciav> 20-10-2012 23:00

Gueneau, L, Rodriguez et al - Ingesta de cáusticos: situación actual y puesta al día de las recomendaciones. *Anales de Pediatría*. 75:5 (2011) 334-340.

Kay, Martha, Wylie Robert - Caustic Ingestions in children. Department of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, Children's Hospital, Cleveland Clinic, Cleveland, Ohio, USA, 2009

Soares, Raquel, Luz, Alexandra, Almeida, Susana, Ferreira, Ricardo - Ingestão de cáusticos - Casuística dos últimos dez anos do Hospital Pediátrico de Coimbra. *Acta Pediatrica Portuguesa Sociedade Portuguesa de Pediatría*. 41:4 (2010) 171-175.

Posteiz Elaborado por:

Enf. Andreia Chaves

Aluna de Mestrado em Enfermagem de
Natureza Profissional com Especialidade
em Saúde Infantil e Pediátrica
Orientado pela Enf. Elisa Soeiro

***Anexo XIII - Questionário à equipa de enfermagem sobre as
necessidades de formação***

Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional com Especialização em Saúde

Infantil e Pediátrica

II Módulo de Estágio

Unidade de Gastroenterologia Infantil do CHLC, Hospital Dona Estefânia

Exmos. colegas

Como já é do vosso conhecimento, encontro-me a frequentar o estágio, cujo tema do meu projeto é “*a criança com doença crónica gastrointestinal, com necessidades especiais de alimentação*”. Solicito a vossa colaboração para o preenchimento do seguinte questionário, de modo a ir ao encontro com as necessidades sentidas pela equipa de enfermagem. O questionário será anónimo e confidencial. Poderá no final do estudo, consultar as conclusões do mesmo, através de um exemplar que ficará no seu serviço.

Obrigada pela sua participação

Enfermeira Andreia Chaves

Aluna do Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, orientado pela Enfermeira Elisa Soeiro

MARTINS, Gilberto de Andrade, LINTZ, Alexandre – Guia para elaboração de monografias e trabalhos de conclusão de curso. 2ªed. São Paulo: Editora Atlas, 2007.

Questionário I

1. Sente que seria importante e necessária a realização de uma ação de formação à equipa de enfermagem, sobre a “criança com doença crónica gastrointestinal, com necessidades especiais de alimentação”?

SIM

NÃO

2. Dos seguintes temas assinale com (X) o que gostaria de ver ser abordado, de acordo com as necessidades sentidas:

Doença Celíaca	
Cuidados à Gastrostomia	
Doença Inflamatória	
Malformações Gastro – Intestinais	
Ingestão de Corpo Estranho	
Ingestão de Cautístico	
Outro(s):	

3. Deixe a sua Sugestão/Opinião :

MARTINS, Gilberto de Andrade; LINTZ, Alexandre – Guia para elaboração de monografias e trabalhos de conclusão de curso. 2ªed. São Paulo: Editora Atlas, 2007.

***Anexo XIV – Sessão de formação “Ingestão de cáustico na pediatria”
e “A doença celíaca”***

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Ingestão de Caustico em Pediatria

UIA / Consulta de gastro

DATA 07/11/2012

HORA: 14:30 h

LOCAL: Sala de reuniões UIA

FORMADOR(ES): Enf. Andreia Chaves



PLANO DE SESSÃO

● **TEMA:** Ingestão de Caustico em Pediatria

● **DATA:** Dia 08 de Novembro de 2012

● **HORA:** 14:30 Horas

● **DURAÇÃO:** 35 Minutos

● **FORMADORA:** Andreia Vanessa Cravo Chaves

● **POPULAÇÃO ALVO:** Equipa de Enfermagem da Unidade de Intervenção Ambulatória

● **LOCAL:** Sala de Reuniões da UIA

● **OBJECTIVO GERAL:** Satisfazer as necessidades de formação da equipa de enfermagem,

após aplicação de um questionário de modo a melhorar os conhecimentos da equipa de enfermagem sobre “Ingestão de Cáusticos” contribuindo para melhora a qualidade dos cuidados prestados às crianças/famílias que recorrem à Consulta de Gastrenterologia do HDE.

● **OBJECTIVO ESPECÍFICO:** Que no final da sessão os profissionais de saúde da UIA sejam capazes de enumerar:

- Qual o pico máximo em que a criança está mais susceptível à ingestão de cáusticos?
- Um fator que determina a extensão da lesão
- Que exame deve ser efetuado para determinar as lesões?

● **SERÁ AINDA DISPONIBILIZADA:**

- Documentação sobre a formação

Etapas	Conteúdos programáticos	Métodos e técnicas pedagógicas	Recursos didácticos	Tempo (min)
Introdução	Apresentação do formador Apresentação do tema; Apresentação dos objectivos da sessão (geral e específico)	Método Expositivo	> Computador > Power -Point	5'
Desenvolvimento	Conteúdos programáticos: ✓ Ingestão de Caustico ✓ Dados Estatísticos ✓ Fatores ✓ Predisponentes ✓ Prevalência ✓ Endoscopia Digestiva Alta ✓ Áreas mais afetadas ✓ Manifestações Clínicas ✓ Cuidados de Enfermagem ✓ Prevenção	Método Expositivo	> Computador > Power -Point	20'
Conclusão	Conclusão da sessão e esclarecimento de dúvidas	Método Expositivo		5'
	Ficha de avaliação da sessão	Entrega de Folha de Avaliação	Suporte de Papel	5'

Unidade de Intervenção Ambulatória

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, I.P.

HOSPITAL ESTEFÂNIA


AOS OLHOS DE UM ADULTO

AOS OLHOS DE UMA CRIANÇA

Ingestão de Caustico em Pediatria

Andréia Chaves
Aluna do Mestrado em Enfermagem em saúde infantil e pediátrica na Universidade Católica Portuguesa
Orientada pela Enf. Especialista Elsa Soeiro

Objetivo Geral



- Satisfazer as necessidades de formação da equipa de enfermagem, após aplicação de um questionário
 - Melhorar os conhecimentos da equipa de enfermagem sobre “Ingestão de Cáusticos” contribuindo para melhora a qualidade dos cuidados prestados às crianças/famílias que recorrem à Consulta de Gastroenterologia do HDE

Objetivo Específicos


- Que no final da sessão os profissionais sejam capazes de enumerar:
 - Qual o pico máximo em que a criança está mais susceptível à ingestão de cáusticos?
 - Um fator que determina a extensão da lesão
 - Que exame deve ser efetuado para determinar as lesões?

Ingestão de Caustico

- A ingestão de produtos domésticos é a segunda causa de consulta por suspeita de intoxicação;
- Ocorre maioritariamente antes dos 6 anos;
- O pico máximo é aos 2 anos

↓
Autonomia

Explorar o mundo que os rodeia;



Opperman e Cassandra, 2001; Kay e Wyllie, 2009; Guerinseau et al, 2011

Ingestão de Caustico

- Habitualmente é uma ingestão acidental, ao contrario dos adolescentes e adultos que é deliberado;
- De acordo com os dados do Centro de Informações Antivenenos do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), só em 2007 verificaram-se mais de 2500 contactos telefónicos por ingestão de produtos de utilização doméstica e industrial por crianças, alguns destes de natureza cáustica.

<http://www.inem.pt/stats/stats.asp?stat=28&ano=2012&mes=10> INEM, 2012

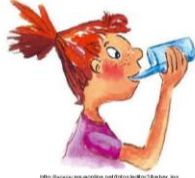
Dados estatísticos INEM (2012)

DESCRICAO	MASC.	FEM.	DESC.
-1	396	337	3
10-15	293	448	0
1-4	3.176	2.754	6
5-9	559	446	3
DESC.	9	12	42

Observações: Mais de 69% dos casos de intoxicações em crianças ocorrem na faixa etária compreendida entre o 1º e o 4º anos de vida. Este facto deve merecer especial atenção por parte de pais e educadores no sentido da adoção de medidas de prevenção.

Ingestão de caustico

- As lesões irão depender de:
 - pH
 - Concentração
 - Quantidade ingerida

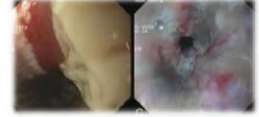


<http://www.guacinto.net/fotos/duke2beber.jpg>

- Guerineau et al, 2011 e Kay e Wyllie, 2009

Ingestão de Caustico

- Podem ser responsáveis por graves lesões no tubo digestivo
 - esófago
 - estômago



- A ingestão acidental de cáusticos ocorre sobretudo em crianças (80% dos casos).

(Nunez et al, 2004 e Keh S, et al 2006)

Fatores predisponentes

- Armazenamento indevido das substâncias
- A não leitura da rotulagem do medicamento
- Substâncias perigosas ao alcance das crianças



<http://www.repositorio.ufrn.br/pt/1008/1/1008-4C39-0211>

Ingestão Caustico

- As substâncias alcalinas são as mais frequentemente implicadas



presentes nos produtos de limpeza, domésticos e industriais

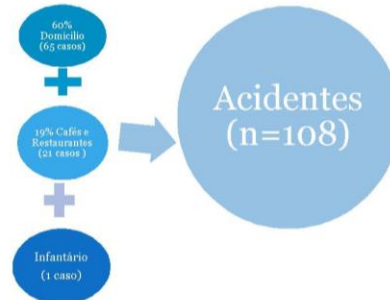
(Opperman e Cassandra, 2001)

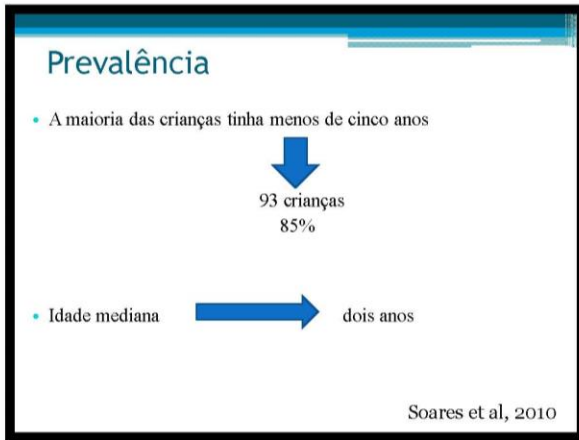
Prevalência

- Estudo retrospectivo de crianças que realizaram EDA num Hospital Central Pediátrico de Coimbra por ingestão de cáusticos, num período de dez anos (1999 a 2008)

(Soares et al, 2010)

Prevalência

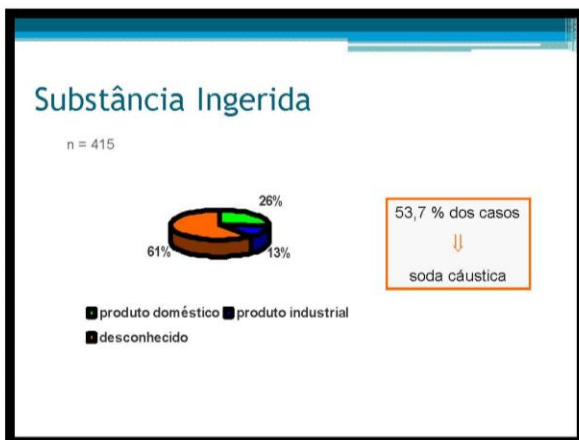
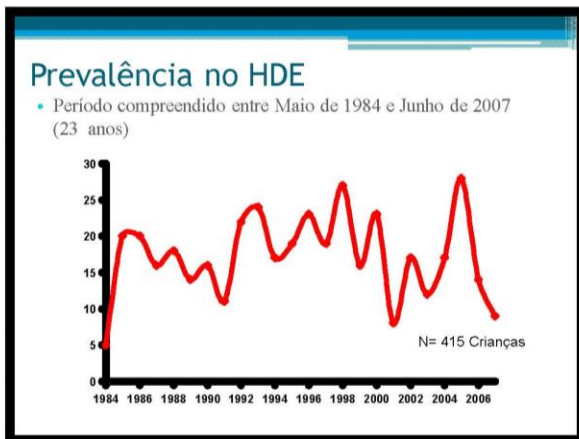




Prevalência

- Na Urgência Pediátrica do Porto o número de acidentes com cáusticos é de cerca de 30 casos/ano, sendo que, em média, 1 a 2 crianças desenvolvem lesão esofágica muito grave, necessitando de cirurgia de substituição esofágica.

(Pereira 2010)



Ingestão de Produtos Tóxicos

- A atuação imediata é essencial;
- Reconhecer os **principais sinais**:
 - alteração do comportamento;
 - não responde;
 - tonturas;
 - queixas não explicáveis

<http://www.apsi.org.pt/conteudo.php?mid=24101112,2410111211,2019,2088>

Ingestão de caustico

O que fazer em casa , logo após a ingestão de um produto cáustico?

- Evitar o vômito.
- A ingestão de alimentos ou água após o acidente está contraindicada.
- Se houve contacto do produto com os olhos, ou com outro local do corpo, deve proceder-se à sua lavagem com água.
- Se as roupas ficaram sujas também devem ser trocadas.

Ingestão de caustico

O que fazer à chegada ao SAP/Hospital da área de residência da criança?

- Avaliar o estado da criança,
 - envolvimento de outros órgãos (trato respiratório)
- Sinais de dificuldade respiratória (estridor, dor torácica que se podem agravar nas horas seguintes à ingestão dependendo do grau de atingimento da laringe e epiglote).

Ingestão de caustico

- Perfuração esofágica.
 - A criança apresenta-se
 - gravemente doente;
 - Febril;
 - sinais de choque;
 - enfisema subcutâneo.



Felizmente a maioria das crianças apresenta-se apenas com sialorreia, edema e queimadura dos lábios. A boca também apresenta muitas vezes edema e placas esbranquiçadas.

Ingestão de caustico

Após os primeiros cuidados , onde referenciar a criança?

- A criança deve ser referenciada a um Serviço de Urgência Pediátrico com apoio de Gastreenterologia (Pediátrica de preferência, ou de Adultos) para realização de endoscopia.

EDA

Sempre que houver suspeita da ingestão de um produto cáustico deve ser realizada endoscopia digestiva alta



avaliar a extensão e gravidade das lesões no esofágico

Opperman e Cassandra, 2001

EDA

- O facto de não haver lesão dos lábios, da boca ou da orofaringe não invalida a existência de lesão da mucosa esofágica.
- É preciso ter a noção de que os produtos cáusticos, sobretudo os de aplicação industrial, são extraordinariamente potentes, bastando a ingestão de pequenas quantidades de liquido para produzir lesão significativa.

EDA

- Os produtos sob a forma de cristais/pó estão menos associados a lesão grave porque causam dor intensa no contacto com a boca e são rapidamente cuspidos
 - se deglutidos, aderem à mucosa podendo causar queimaduras lineares da orofaringe e esfôfago proximal.



EDA

Quando realizar?

- Se a criança se encontrar estável pode efetuar-se logo que tenha jejum adequado (6 horas após a última refeição)

Idealmente deverá ser realizada até 48 horas após o acidente.



Áreas mais afetadas

- Esôfago;
- Estômago;



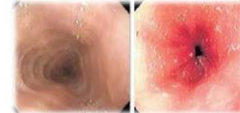
Menor extensão

- Bolbo
- Duodeno.



Áreas mais afetadas

- As lesões no esfôfago superior são as mais frequentes
- ↓
- Onde posteriormente surgem com maior frequência as estenoses.
- As lesões gástricas habitualmente cicatrizam sem deixar sequelas.



Áreas mais afetadas

- Ao existir destruição tecidual de qualquer parte do TGI a criança fica impossibilitada de ingerir líquidos ou alimentos por via oral



Alimentação parentérica ou SNG

Opperman e Cassandra, 2001

Áreas mais afetadas

- Os produtos alcalinos tendem a causar lesão predominantemente no esfôfago
- Os ácidos fortes queimam particularmente o estômago.

(Opperman e Cassandra, 2001)

Após EDA

- Se não existe evidência de queimadura esofágica e a criança consegue alimentar-se
 - Alta para o domicílio sem medicação.
- Se apresenta recusa alimentar
 - Admitida para hidratação e terapêutica endovenosa.



<http://www.receitas.pt/area-de-mercado/legica.jpg>



http://i1.bloqeeed.com/_img/4_S0kuR6z7h7988
<http://www.receitas.pt/area-de-mercado/legica.jpg>

Após EDA

- Se ao fim de 48 horas persistir a recusa alimentar deve proceder-se a intubação nasogástrica para alimentação.
 - A presença da sonda permite também manter o lúmen esofágico patente.



Após EDA

- As crianças devem ser avaliadas dentro de 4-6 semanas, com nova revisão endoscópica
 - avaliar se houve evolução para estenose ou outras complicações.
- Se estenose esofágica
 - iniciar programa de dilatação esofágica.



<http://www.stomach.com.br/imagens/estudo/Estudo%20de%20dilatacao%20esofagica.jpg>

Neste grupo de doentes, o risco de vir a desenvolver neoplasia do esófago na idade adulta é muito superior ao da população geral

Manifestações Clínicas

- Sialorreia
- Dor abdominal
- Dificuldade em falar
- Dificuldade chorar
- Aumento da temperatura
- Vômitos com sangue vivo

Opperman e Cassandra, 2001

Cuidados de Enfermagem

Cuidados de Enfermagem

- Apoio Psicossocial
- Ensino
 - Sintomas de complicações
 - Importância da vigilância
- Avaliação da situação da Criança

Prevenção

- Os pais devem ser repetidamente alertados para os riscos mais frequentes de cada grupo etário, pois as crianças não têm noção do perigo;
- No caso dos cáusticos deve recomendar-se expressamente que nunca se guardem produtos perigosos em recipientes de bebidas correntes;



- Esse erro está na origem da maior parte dos acidentes, envolvendo não só crianças (Pereira, 2010)

- As consultas de Saúde Infantil são o momento privilegiado para promoção de comportamentos que reduzam o risco de acidentes.

Prevenção

- Manter a embalagem original;
- Não utilizar na presença da criança;
- Redobrar a vigilância mesmo em ambientes já conhecidos (como é o caso dos cafés ou restaurantes de familiares);
- Não usar produtos industriais no domicílio.



(Soares et al, 2010)

Prevenção

- Não dar medicamentos às escuras e não exceda as doses prescritas.
- Guardar os medicamentos e outros produtos químicos (produtos de limpeza, pesticidas, tintas, petróleo, diluentes) fora do alcance das crianças.
- Não aplicar pesticidas em locais acessíveis às crianças.
- Fechar as embalagens e guardar os produtos imediatamente após o uso.
- Não dar embalagens vazias às crianças para brincar.

ClAV

Bibliografia

- KAY, Marsha; WYLLIE Robert – Caustic Ingestions in children. Department of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, Children's Hospital, Cleveland Clinic, Cleveland, Ohio, USA, 2009
- KEH S, et al. – Corrosive injury to upper gastrointestinal tract: Still a major surgical dilemma. World Journal of Gastroenterology 12:32 (2006) 5223-28.
- GUERINEAU, L. RODRIGUEZ et al – Ingesta de cáusticos: situación actual y puesta al día de las recomendaciones. Anales de Pediatría 75:5 (2011) 334-340.
- NUNEZ et al. – Estudio de los factores predictivos de lesiones digestivas graves tras la ingestión de cáusticos. Med Clin (Barc) 123:16 (2004) 611-614.

Bibliografia

- OPPERMAN, Cathleen S.; CASSANDRA, Kathleen A. – Enfermagem Pediátrica Contemporânea. Loures: Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-19-3
- PEREIRA, Fernando - Gastroenterologia Pediátrica: aspectos práticos, Serviço de Gastroenterologia Pediátrica, 2010
- SOARES, Raquel; LUZ, Alexandra; ALMEIDA, Susana; FERREIRA, Ricardo - Ingestão de cáusticos – casuística dos últimos dez anos do Hospital Pediátrico de Coimbra. Acta Pediátrica Portuguesa Sociedade Portuguesa de Pediatria 41:4 (2010) 171-175

Ficha de Avaliação da Sessão de Formação



Tema: A Ingestão de Cáustico na Pediatria

Data: Dia 08 de Novembro de 2012

Formadora: Andreia Vanessa Cravo Chaves

Agora, que a sessão terminou, gostaria de saber a sua opinião de como esta decorreu, de modo a detectar algumas falhas para poder melhorar sessões futuras. Assim, pedia a sua colaboração, para o preenchimento deste pequeno formulário que é anónimo.

Responda a cada item colocando uma Cruz (X) na coluna que melhor indica a sua avaliação.

<u>Relativamente à Organização:</u>	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade				
Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.				
A duração da formação foi adequada.				
O horário da formação foi adequado.				
A divulgação da formação foi suficiente.				

<u>Relativamente ao Formador:</u>	Totalmente	Muito	Alguns	Nenhum
Domínio dos conteúdos apresentados				
A linguagem utilizada foi clara e acessível				
Clareza na transmissão dos conhecimentos.				
Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.				
Interação com o grupo.				
Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.				

<u>Relativamente aos Conteúdos:</u>	Totalmente	Muito	Alguns	Nenhum
As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas				
Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.				
Foram abordados todos os pontos que consideraram importantes.				

Qual o pico máximo em que a criança está mais susceptível à ingestão de cáusticos?

Indique um fator que determina a extensão da lesão

Indique que exame deve ser efetuado para determinar as lesões?

Muito Obrigada pela sua Colaboração

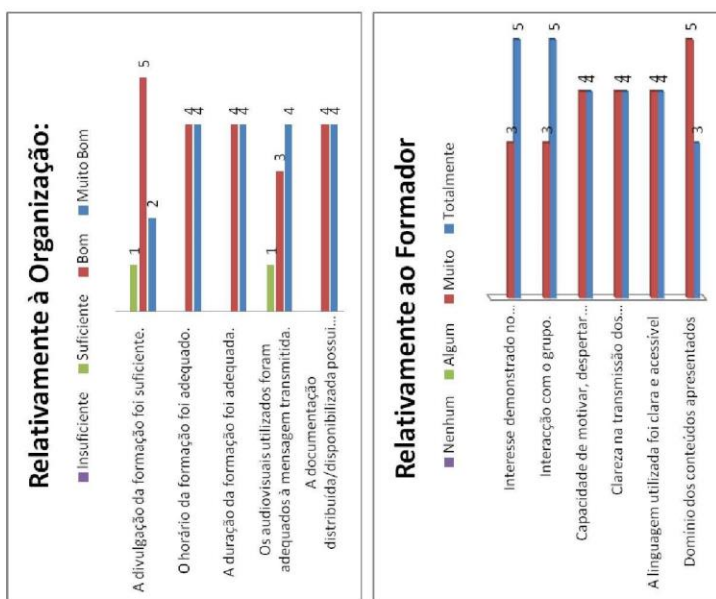
Andreia Chaves



Avaliação da Sessão de Formação: Ingestão de Cáusticos em Pediatria

A formação teve lugar na Unidade de Intervenção Ambulatória no dia 08 de Novembro de 2012, na sala de reuniões, pelas 14:30h, estando presentes 8 elementos da equipa de enfermagem, sendo que 1 elemento se encontra de férias. A sessão resultou da avaliação dos questionários aplicados na equipa, sobre as necessidades de formação, de modo a melhorar a prestação de cuidados de enfermagem às crianças que recorrem à consulta de gastroenterologia, por ingestão de cáusticos. A sessão teve duração de cerca de 40min. No final foram distribuídos formulários para avaliar a sessão e se os objetivos propostos foram atingidos.

Os resultados obtidos relacionados com a formação foram os seguintes:

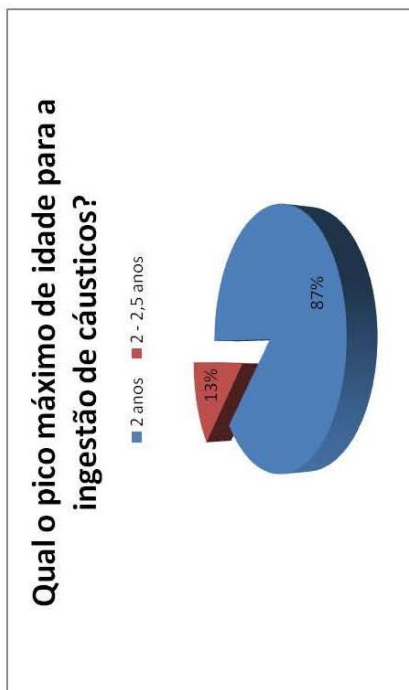


Conteúdos Abordados

- Foram abordados todos os pontos que consideraram importantes.
- Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.
- As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas

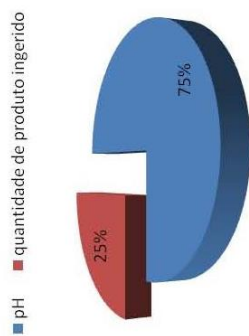


As perguntas de resposta aberta para avaliar os objetivos da sessão tiveram os seguintes resultados:



Todos os presentes enunciaram a resposta correta, sendo que um elemento foi mais preciso enunciando o intervalo mais comum da ingestão de cáustico, indo ao encontro do que foi abordado na sessão. Segundo o estudo de Guerineau et al (2011) o grupo de maior risco são as crianças menores de 5 anos, com um pico máximo aos 2 anos, pois é o momento em que as crianças ganham autonomia para deambular e explorar o mundo em redor.

Um fator que determina a extensão da lesão



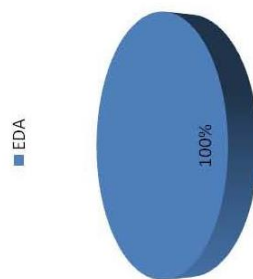
Os fatores apontados pela equipa como determinantes para a extensão da lesão, foi o pH e a quantidade do produto ingerido, sendo o mesmo referido por Guerineau et al, (2011) e Kay e Wyllye (2009) ao afirmarem que a quantidade ingerida influencia as lesões que aparecerão.

Assim termino a avaliação da sessão, concluindo que os objetivos específicos enunciados foram atingidos em pleno.

BIBLIOGRAFIA

- GUERINEAU, L. RODRIGUEZ et al – Ingesta de cáusticos: situacion actual y puesta al dia de las recomendaciones. Anales de Pediatría 75:5 (2011) 334-340.
- KAY, Marsha; WYLLIE Robert – Caustic Ingestions in children. Department of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, Children’s Hospital, Cleveland Clinic, Cleveland, Ohio, USA, 2009
- OPPERMAN, Cathleen S.; CASSANDRA, Kathleen A. – Enfermagem Pediátrica Contemporânea. Loures: Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-19-3

O exame que deve ser efetuado para deterinar as lesões



Segundo Opperman e Cassandra (2001) o exame que deve ser efetuad para determinar as lesões causadas por ingestão de produtos causticos é a Endoscopia Digestiva Alta, o que vai de encontro ao respondido por toda a equipa de enfermagem que assistiu à formação. A criança ao ingerir pordutois causticos deverá assim ser referenciada a um Serviço de Urgência Pediátrico com apoio de Gastrenterologia (Pediátrica de preferência, ou de Adultos) para realização do exame.

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

A Doença Celíaca

DATA 09/11/2012

HORA: 14:30 h

LOCAL: Sala de reuniões UIA

FORMADOR(ES): Enf. Andreia Chaves




PLANO DE SESSÃO

- **TEMA:** A Doença Celíaca
- **DATA:** Dia 09 de Novembro de 2012
- **HORA:** 14:30 Horas
- **DURAÇÃO:** 35 Minutos
- **FORMADORA:** Andreia Vanessa Cravo Chaves
- **POPULAÇÃO ALVO:** Equipa de Enfermagem da Unidade de Intervenção Ambulatória
- **LOCAL:** Sala de Reuniões da UIA
- **OBJECTIVO GERAL:** Satisfazer as necessidades de formação da equipa de enfermagem, após aplicação de um questionário de modo a melhorar os conhecimentos da equipa de enfermagem para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à criança/família com doença celíaca.
- **OBJECTIVO ESPECÍFICO:** Que no final da sessão os profissionais de saúde da UIA sejam capazes de enumerar:
 - Um sintoma da doença celíaca
 - Um alimento permitido
 - Um alimento proibido
- **SERÁ AINDA DISPONIBILIZADA:**
 - Documentação sobre a formação

Etapas	Conteúdos programáticos	Métodos e técnicas pedagógicas	Recursos didácticos	Tempo (min)
Introdução	Apresentação do formador Apresentação do tema; Apresentação dos objectivos da sessão (geral e específico)	Método Expositivo	> Computador > Power - Point	5'
Desenvolvimento	Conteúdos programáticos: ✓ O que é a Doença Celíaca ✓ O que é o Glúten ✓ Sinais e Sintomas ✓ Diagnóstico ✓ Tratamento ✓ Cuidados de Enfermagem	Método Expositivo	> Computador > Power - Point	20'
Conclusão	Conclusão da sessão e esclarecimento de dúvidas Ficha de avaliação da sessão	Método Expositivo	Entrega de Folha de Avaliação de Suporte de Papel	5'

Hospital Dona Estefânia
Unidade de Intervenção Ambulatória




A DOENÇA CELÍACA

Trabalho realizado por:
Enf. Andréia Chaves
Aluna do mestrado em enfermagem de saúde infantil e pediátrica
Orientada pela Enf. Elza Soares
Novembro, 2012

http://www.profiaboaenfermagem.com.br/index.php?option=com_content&view=article&layout=edit&Itemid=47&lang=pt-br

OBJETIVO GERAL

- ✦ Satisfazer as necessidades de formação da equipa de enfermagem, após aplicação de um questionário
- + Melhorar os conhecimentos da equipa de enfermagem para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à criança/família com doença celíaca



http://imgprovaes.com.br/wp-content/uploads/2010/08/Questionario-40.jpg

OBJETIVOS ESPECIFICOS


- ✦ Que os enfermeiros sejam capazes de enunciar:
 - + Um sintoma da doença celíaca
 - + Um alimento permitido
 - + Um alimento proibido

O QUE É A DOENÇA CELÍACA

- Enteropatia Crônica Imunomediada
- Doença autoimune única

↓


(o fator que desencadeia a resposta é conhecido)



- É uma doença crônica caracterizada por uma sensibilidade ao glúten, que afeta o intestino delgado;

O QUE É A DOENÇA CELÍACA

- Pode ser considerada um síndrome da infância
- Pode ser diagnosticada em qualquer idade
- Pode afetar vários órgãos.1
- A ingestão de glúten leva a uma inflamação do intestino delgado

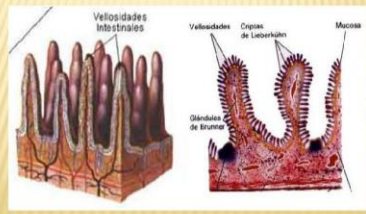


↓

atrofia das vilosidades intestinais.

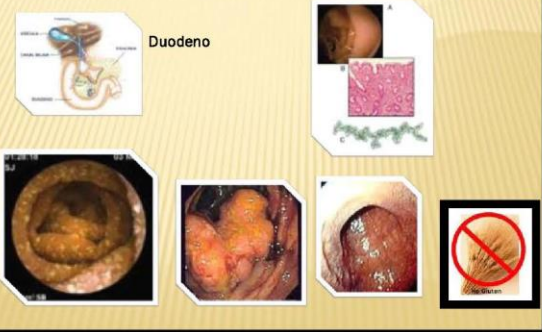
O QUE É A DOENÇA CELÍACA

As vilosidades intestinais contêm muitas enzimas que são necessárias à digestão e absorção de nutrientes;



http://www.elsevier.com/locate/S0023641005001000

DOENÇA CELÍACA



O QUE É A DOENÇA CELÍACA

- Na doença celíaca há um aumento de linfócitos nas vilosidades o que leva a um processo inflamatório levando a lesões nas vilosidades



má absorção de nutrientes como: ferro, ácido fólico, cálcio e vitaminas lipossolúveis; 1,3,6

O QUE É A DOENÇA CELÍACA

Epidemiologia

- ✓ Em anos anteriores era considerada uma doença pouco frequente;
- ✓ Hoje em dia a prevalência aumentou chegando a taxas de 1 em cada 266 ou 1 em cada 100 indivíduos. 1
- ✓ Em Portugal, o único estudo efetuado na região de Braga obteve uma prevalência de 1:134 pelo que se estima que 1 a 3% da população portuguesa seja celíaca.

O QUE É A DOENÇA CELÍACA

Epidemiologia

- ✓ A maioria dos indivíduos com doença celíaca, encontram-se sem diagnóstico estabelecido. 1.
- ✗ Por ser uma doença auto-imune é mais frequente no sexo feminino com uma relação de 3:1. (Antunes, 2010)

O QUE É O GLÚTEN

- ✗ O Glúten é uma proteína encontrada no trigo, centeio, cevada, aveia.



SINAIS E SINTOMAS

Variam segundo:

- ✗ Idade
- ✗ Quantidade de glúten na dieta

SINAIS E SINTOMAS

Crianças:

A forma clássica são os sintomas gastrointestinais entre os 6 e 24 meses, após introdução de glúten na dieta. 11

SINAIS E SINTOMAS

Adolescentes:

✖ Manifestações extraintestinais

- + baixa estatura,
- + sintomas neurológicos,
- + anemia. 1

✖ Gastrointestinais:

- + náuseas,
- + vômitos,
- + dor abdominal,
- + perda de peso,
- + obtipação. 11



SINAIS E SINTOMAS

Os mais frequentes são os gastro intestinais:

- ✖ Diarreia
- ✖ Desconforto abdominal
- ✖ Distensão abdominal
- ✖ Vômitos
- ✖ Perda de Peso (má absorção . Perdas proteicas, calóricas, vitamínicas e de minerais)



SINAIS E SINTOMAS

- ✖ Atraso no Crescimento
- ✖ Má absorção
- ✖ Anorexia
- ✖ Irritabilidade
- ✖ Má nutrição (se diagnosticado tardiamente)



SINAIS E SINTOMAS

- ✖ Diarreia (2 causas principais) 10
- ✖ Lesão no intestino leva a uma secreção de fluidos que ultrapassa a absorção normal. Não há equilíbrio



Diarreia secretória

- ✖ Componentes da dieta não são absorvidos normalmente levando a uma maior retenção de água



Diarreia Osmótica

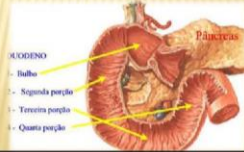
DIAGNOSTICO

- ✖ Deve ser ponderado nas criança/adolescentes que apresentem: dor abdominal crónica
 - + Distensão ou cólica abdominal
 - + Diarreia crónica
 - + Atraso crescimento
 - + Anemia ferropénica
 - + Atraso pubertário
 - + etc



DIAGNOSTICO

- ✦ Entre outros exames é necessário efetuar
 - + Testes serológicos
 - + Biopsia intestinal da 2ª e 3ª porção do duodeno e bulbo
 - + Devem ser efetuadas pelos menos 4 a 5 biopsias



TRATAMENTO

Adesão a uma dieta sem glúten



Hábitos alimentares saudáveis

TRATAMENTO

Organização Mundial Saúde 15, 16



TRATAMENTO

- ✦ Amido de araruta
- ✦ Farelo de Milho
- ✦ Farinha de Batata
- ✦ Farinha de Milho
- ✦ Amido de Batata
- ✦ Arroz



TRATAMENTO

- ✦ Milho
- ✦ Alfarroba
- ✦ Carne
- ✦ Peixe
- ✦ Frutos
- ✦ Vegetais
- ✦ Produtos lácteos



A NÃO ADESÃO

- ✦ O custo dos produtos isentos de glúten



CUIDADOS DE ENFERMAGEM

HÁBITOS ALIMENTARES

- ✦ Demonstrar a variedade de alimentos que podem ser consumidos, evitando pensar nos que não podem ser ingeridos;
- ✦ Facultar receitas isentas de glúten;
- ✦ Enumerar alternativas
 - + Batatas
 - + Culinária portuguesa (bacalhau, polvo, Perú)

A dieta isenta em glúten pode levar a descobrir novos cereais acrescentando variedade as refeições

HÁBITOS ALIMENTARES



<http://at.ha.blogspot.com/>
NPLKNDKBYFIBKJGKJCSKAAALAAAAAYD
Bgtvovngt1100Pbaa404.org

Comprar e
confeccionar
produtos isentos
de glúten

Ler os rótulos
diariamente

Produtos
mais
Saudáveis

HÁBITOS ALIMENTARES

- FESTA DE ANOS
- Um dia de oportunidade, para dar a conhecer receitas isentas de glúten aos amigos;



<http://at.ha.blogspot.com/>
_Saw0R8g5u0v0Pqkz7Tsp0PAAAAAALB055A0v0gg7A100020

HÁBITOS ALIMENTARES

- ✦ Evitar fontes de contaminação
 - + Guardar alimentos isentos de glúten em lugares distintos e devidamente identificados;
 - + Se possível devem existir 2 torradeiras ou limpá-las devidamente entre a utilização de pão com glúten e sem glúten.

HÁBITOS ALIMENTARES

- ✦ Fora de casa
 - + Evitar a compra de cereais a granel
 - + Ao comer fora de casa, ter a certeza que são mantidas as condições necessárias de higiene de utensílios;
 - + Não consumir alimentos fritos fora de casa (podem ter sido fritos alimentos com glúten);



HÁBITOS ALIMENTARES

- ✗ Efetuar Lista de compras
 - + Evitar adquirir produtos desadequados



HÁBITOS ALIMENTARES

- Na escola
 - Informar os professores e educadores



Moreira et al, 2011

EM SUMA....

- ✗ A importância de uma equipa Multidisciplinar
 - + Dando informações e explicações sobre a patologia
 - + Favorecer a adesão à terapêutica e dieta
 - + Demonstração de alternativas

TOP 10 DO CELÍACO FELIZ

1. Viva a vida!!(e não a doença)
2. Foque-se na solução
3. Simplifique
4. Faça uma Dieta Equilibrada e Saborosa
5. Celebre as Conquistas



TOP 10 DO CELÍACO FELIZ

5. Partilhe e Interaja
6. Desdramatize - é só uma intolerância alimentar!
7. Inscreva-se na APC
8. Participe nos Encontros e Workshops da APC
9. Sorria, após o diagnóstico deixará de ser doente e passará a ser Celíaco!!



BIBLIOGRAFIA

- ✗ MOREIRA, Ana Catarina et al – Doença Celíaca: da clínica à dietética. Glutamine, São Domingos de Rana, 2012, 103p.
- ✗ PEREIRA, Fernando - Gastreenterologia Pediátrica: aspetos práticos, Serviço de Gastreenterologia Pediátrica, 2010

Ficha de Avaliação da Sessão de Formação



Tema: Doença Celiaca

Data: Dia 09 de Novembro de 2012

Formadora: Andreia Vanessa Cravo Chaves

Agora, que a sessão terminou, gostaria de saber a sua opinião de como esta decorreu, de modo a detectar algumas falhas para poder melhorar sessões futuras. Assim, pedia a sua colaboração, para o preenchimento deste pequeno formulário que é anónimo.

Responda a cada item colocando uma Cruz (X) na coluna que melhor indica a sua avaliação.

<u>Relativamente à Organização:</u>	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade				
Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.				
A duração da formação foi adequada.				
O horário da formação foi adequado.				
A divulgação da formação foi suficiente.				

<u>Relativamente ao Formador:</u>	Totalmente	Muito	Alguns	Nenhum
Domínio dos conteúdos apresentados				
A linguagem utilizada foi clara e acessível				
Clareza na transmissão dos conhecimentos.				
Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.				
Interação com o grupo.				
Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.				

<u>Relativamente aos Conteúdos:</u>	Totalmente	Muito	Alguns	Nenhum
As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas				
Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.				
Foram abordados todos os pontos que consideraram importantes.				

Indique um sintoma da doença celiaca

Indique um alimento permitido

Indique um alimento proibido

Muito Obrigada pela sua Colaboração

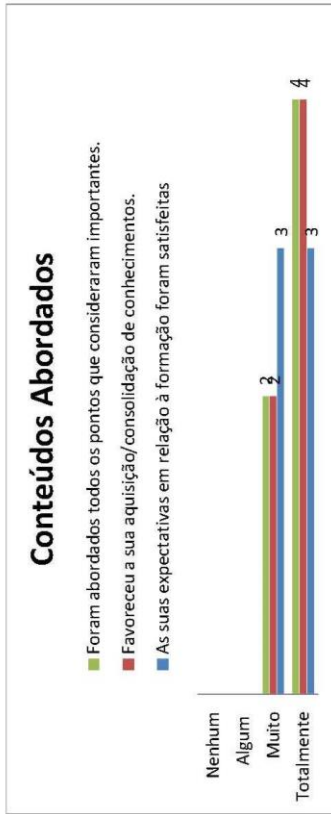
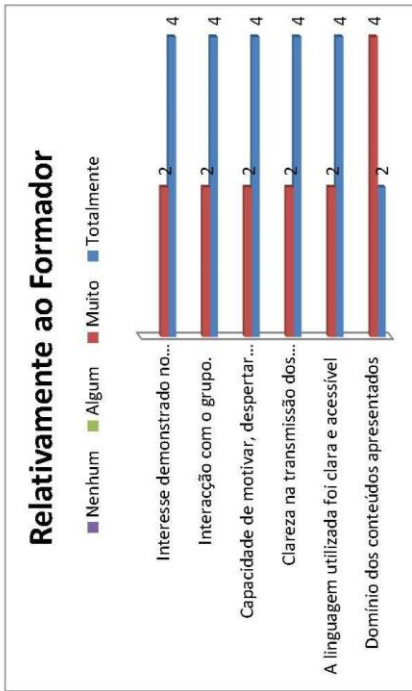
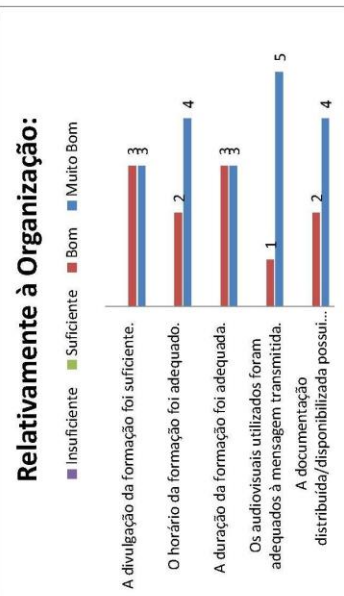
Andreia Chaves



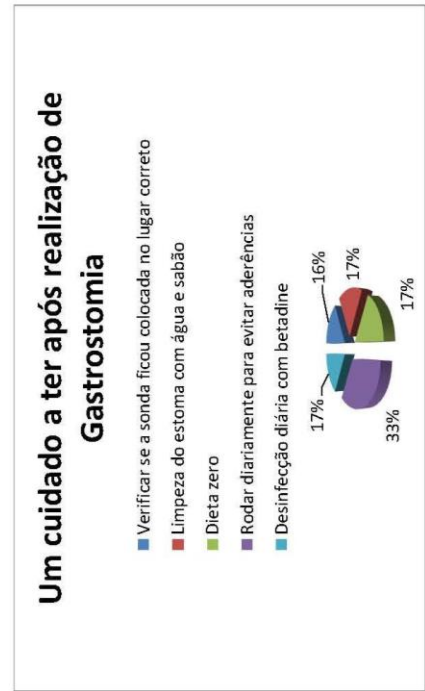
Avaliação das Sessões de Formação:
Cuidados de Manutenção à Sonda de Gastrostomia/Botão e Doença Celíaca

As formações tiveram lugar na Unidade de Intervenção Ambulatória no dia 06 de Novembro de 2012, na sala de reuniões, pelas 14:30h, estando presentes 6 elementos da equipa de enfermagem, sendo que 2 elementos se encontram de férias e 1 elemento ficou na prestação de cuidados, sendo que a equipa é assim composta por 10 elementos. Por uma questão de logística e preferência da equipa as duas sessões foram elaboradas no mesmo dia. A sessão, referente aos cuidados de manutenção à sonda de gastrostomia/botão foi proposta por mim, no projeto de aprendizagem, sendo detetada por mim esta necessidade do serviço, uma vez que é nele que exerce funções, mas também de modo a transmitir informações, sobre uma necessidade especial de alimentação, ou seja, a gastrostomia adaptada à minha área de especialização e à unidade. A sessão referente à doença celíaca foi elaborada após avaliação de um questionário aplicado à equipa de enfermagem para aferir os temas que a equipa gostaria de ver contemplados numa sessão de formação. Ambas as sessões tiveram duração de cerca de 40min cada uma. No final foram distribuídos formulários para avaliar as sessões e se os objetivos propostos foram atingidos.

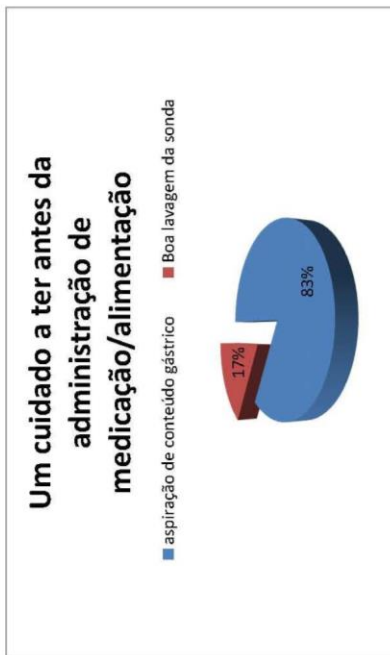
Os resultados obtidos relacionados com as formações foram os seguintes:



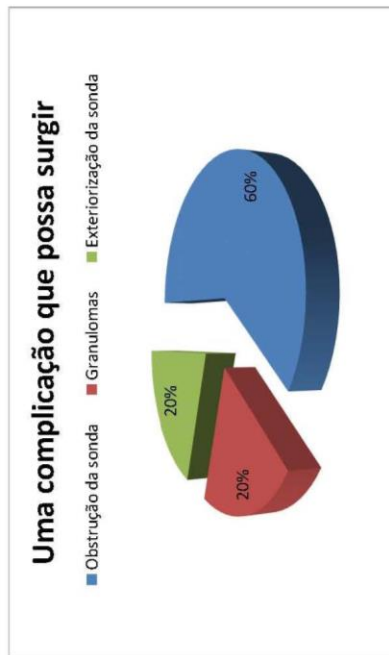
As perguntas de resposta aberta para avaliar os objetivos específicos da sessão tiveram os seguintes resultados:



O cuidado enunciado com maior frequência é a rotação diária da sonda de modo a evitar aderências.



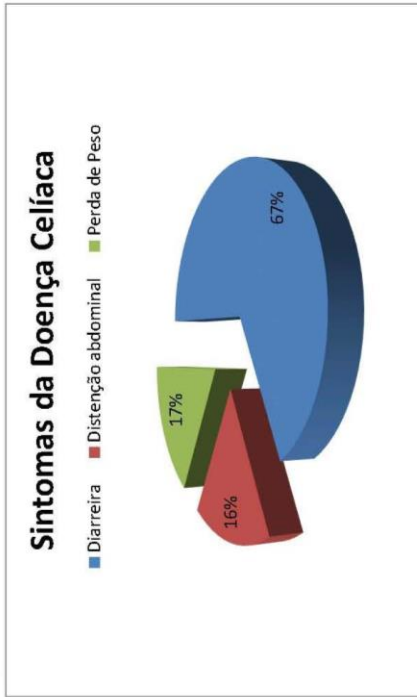
O cuidado enunciado com maior frequência foi a aspiração de conteúdo gástrico.



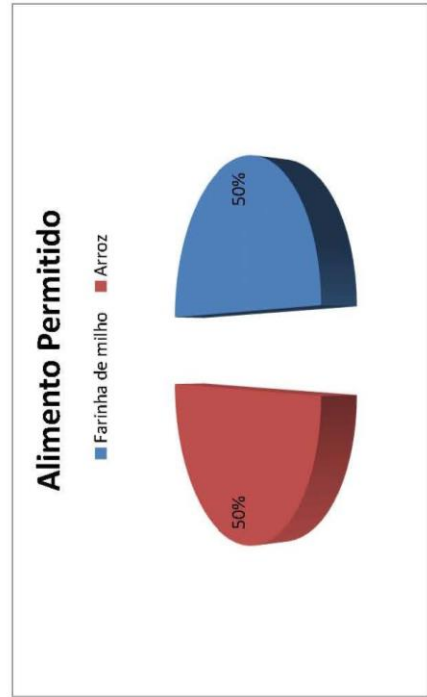
A complicação enunciada com maior frequência é a obstrução da sonda, seguida dos granulomas e exteriorização da própria sonda.

Concluo afirmando que os objetivos específicos para a sessão foram alcançados, tendo de modo aparente contribuído para a melhoria dos conhecimentos da equipa de enfermagem uma vez que as respostas vão de encontro ao verbalizado na sessão de formação teórica.

Relativamente à sessão que aborda a doença celiaca os resultados das perguntas de resposta aberta foram os seguintes:



Segundo MOREIRA et al (2012) os sintomas da doença celiaca passam por diarreia, emagrecimento e má absorção, o que vai de encontro ao referido na sessão de formação e às respostas obtidas nos questionários. O mesmo vem descrito pela Associação Portuguesa de Celiacos.



MOREIRA et al (2012), afirmam que os pacientes portadores de doença celíaca possuem várias receitas alternativas que podem consumir, entre as quais, poderão consumir alimentos como o arroz e farinha.



Para os pacientes portadores de doença celíaca o tratamento passa por uma dieta isenta de glúten para toda a vida (MOREITA et al, 2012). As respostas obtidas vão de encontro ao descrito na literatura e exposta durante a sessão de formação, o que demonstra que a informação transmitida foi apreendida.

Assim termino a avaliação da sessão, concluindo que os objetivos específicos enunciados foram atingidos em pleno.

Anexo XV – Sessão de formação “O que é a Gastrostomia”

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Gastrostomia

O que é?

UIA / Consulta de gastro

DATA 05/11/2012

HORA: 14:30 h

LOCAL: Sala de reuniões UIA

FORMADOR(ES): Enf. Andreia Chaves



PLANO DE SESSÃO

- ◆ **TEMA:** Gastrostomia: O que é?
- ◆ **DATA:** Dia 05 de Novembro de 2012
- ◆ **HORA:** 14:30 Horas
- ◆ **DURAÇÃO:** 35 Minutos
- ◆ **FORMADORA:** Andreia Vanessa Cravo Chaves
- ◆ **POPULAÇÃO ALVO:** Enfermeiros da Unidade Intervenção Ambulatoria
- ◆ **LOCAL:** Sala de Reuniões da UIA
- ◆ **OBJECTIVO GERAL:** Esclarecer a Equipa de Enfermagem para a importância dos cuidados a ter com a Gastrostomia Percutânea Endoscópica (PEG) e o que é a PEG
- ◆ **OBJECTIVO ESPECÍFICO:**
 - Que no final da sessão os profissionais sejam capazes de enumerar:
 - O que é a gastrostomia
 - Uma indicação para a colocação da gastrostomia
 - Um benefício para a criança

Etapas	Conteúdos programáticos	Métodos e técnicas pedagógicas	Recursos didácticos	Tempo (min)
Introdução	Apresentação do formador	Método Expositivo	➤ Computador	5'

Desenvolvimento	Apresentação do tema: Apresentação dos objectivos da sessão (geral e específico)	Método Expositivo e Audio Visual	➤ Computador ➤ Power -Point ➤ Filme	20'
	Conteúdos programáticos: <ul style="list-style-type: none"> ✓ O que é a gastrostomia ✓ Realização de Gastrostomia ✓ Sonda de Gastrostomia de 1ª vez ✓ Dados estatísticos ✓ Cuidados imediatos após colocação de PEG ✓ Indicações para realização de gastrostomia ✓ Benefícios ✓ Alteração de Sonda de 1ª vez para boião ou sonda de gastrostomia ✓ Equipa Multidisciplinar ✓ Enfermeiro Especialista 			
Conclusão	Conclusão da sessão e esclarecimento de dúvidas Ficha de avaliação da sessão	Método Expositivo Entrega de Folha de Avaliação		5'
			Suporte de Papel	5'


HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA
UNIDADE DE INTERVENÇÃO
AMBULATORIAL

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL LIX

HRE HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA

1

Gastrostomia O que é?




Enf Andreia Chaves
Aluna de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional com Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica
Orientado pela Enf. Elsa Soeiro
Novembro de 2012

Objetivo Geral

2


- Esclarecer a Equipa de Enfermagem:
 - O que é a Gastrostomia Endoscópica Percutânea (PEG)



Objetivos Específicos

3


- Que os profissionais sejam capazes de enumerar:
 - O que é a gastrostomia
 - Uma indicação para a colocação da gastrostomia
 - Um benefício para a criança



O que é a gastrostomia?

4

- É um procedimento efetuado, por meio de endoscopia digestiva alta, em que é criada uma abertura no estômago, com a finalidade de administrar alimentos ou medicamentos .



O que é a gastrostomia?

5

- Técnica que consiste na colocação de uma *sonda de alimentação* na *cavidade gástrica* através da pele por endoscopia (inserção percutânea);
- Funciona como uma forma de aporte nutricional em doentes que têm problemas em alimentar-se oralmente.

Realização de Gastrostomia no Bloco Operatório do HDE Método Pull

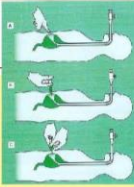
FILME

7



Método Pull


8



1. Realização de EDA e exclusão de contraindicações;
2. Localização da área epigástrica mais adequada (ponto onde a parede gástrica está em íntimo contacto com a parede abdominal) por transluminação após insuflação gástrica;
3. Incisão da pele, no ponto escolhido, com comprimento adequado ao diâmetro da sonda selecionada individualmente para cada doente;
4. Picada sob aspiração, com agulha intramuscular adaptada a uma seringa com soro fisiológico, para excluir interposição de ansa cólica;

Método Pull

9

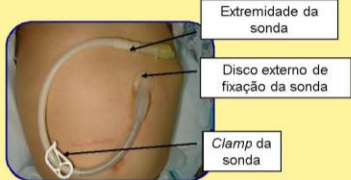


5. Punção do estômago através da parede abdominal com agulha mandrilada e sob controlo endoscópico;
6. Introdução de fio plástico e preensão do mesmo com ansa endoscópica seguida da sua exteriorização pela boca;
7. Adaptação da sonda de gastrostomia à extremidade oral do fio;
8. Exteriorização do fio por tração através do orifício abdominal com introdução simultânea da sonda de gastrostomia por via oral;
9. Posicionamento da sonda uma vez exteriorizada através da parede abdominal e fixação com disco limitante externo.

(Pimenta, 2010)

SONDA DE GASTROSTOMIA DE 1ª VEZ – PEG

10



Extremidade da sonda
Disco externo de fixação da sonda
Clamp da sonda

Como é realizada a gastrostomia?

11

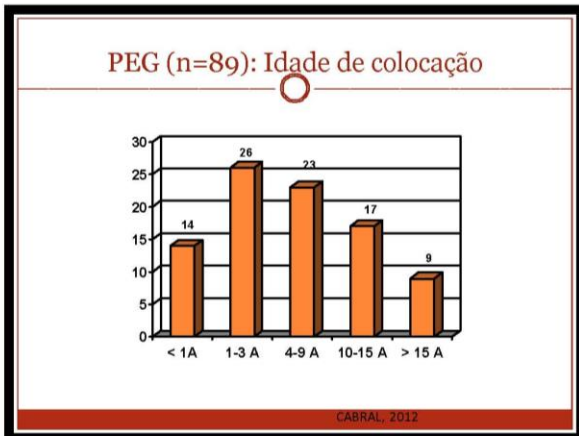
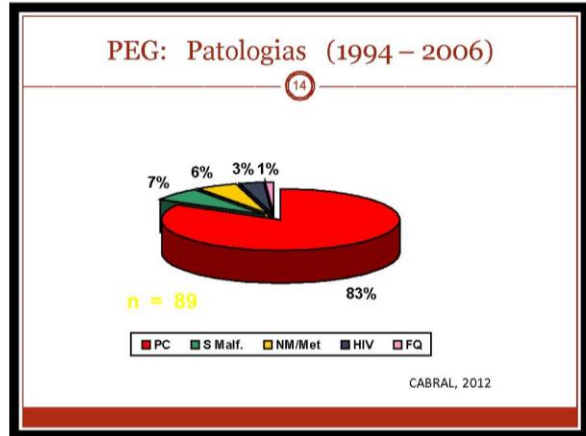
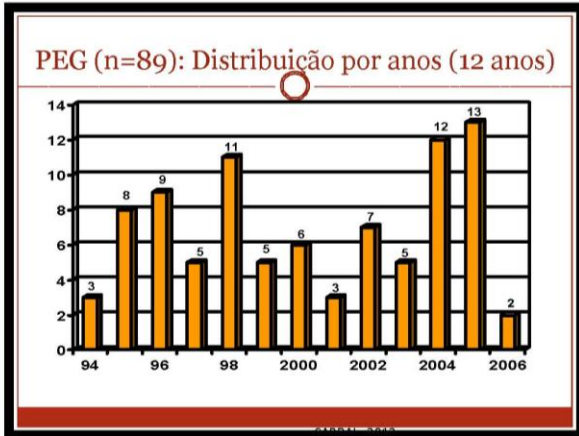


A nossa realidade na Consulta de Gastreenterologia (2012):


12

Foram efetuadas 6 gastrostomias percutâneas endoscópicas

Dados Estatísticos de 1 Janeiro de 2012 a 31 de Outubro de 2012 (DocBase)




Cuidados após colocação PEG



- Colocar compressa não têxtil, com corte no local de inserção da sonda;
- Não aplicar tração sob a sonda nas 1^{as} 24 horas;
- Iniciar alimentação cerca de 6 a 8 horas após o procedimento, com pequenas quantidades de soro glicosado;
- Lavar a sonda com água destilada 10/20ml após cada refeição ou administração de medicação;

Cuidados após colocação PEG

- Durante os primeiros 15 dias após a colocação da sonda limpar a zona do estoma com uma solução anti séptica – iodopovidona 10% solução cutânea.
- Após esta fase limpar o estoma com movimentos circulares, usando compressa e soro fisiológico/água e sabão;



Indicações para a realização de Gastrostomia

- Em pediatria, a causa mais frequente para a colocação de gastrostomia, ou seja, alimentação por via enteral, são crianças com doenças neurológica, principalmente paralisia cerebral, seguida das doenças degenerativas do SNC

↓

distúrbios da deglutição
disfagia progressiva

(Pimenta, 2010).



Indicações para a realização de Gastrostomia

19

- Atraso psicomotor,
- Fistulas traqueo-esofágicas,
- Anomalias congénitas,
- Síndrome do intestino curto,
- Suplemento de crianças mal nutridas.

Indicações para a realização de Gastrostomia

20

- A Gastrostomia Endoscópica Percutânea (PEG) é actualmente considerada o método ideal para a alimentação a longo prazo (mais de 3 semanas) de crianças com paralisia cerebral,

alternativa à alimentação oral
ou por sonda naso gastrica,

pouco invasivo, eficiente e seguro



(Wittek, 2009)

Alteração de sonda de 1ª vez (PEG) para Botão ou sonda de gastrostomia

21

- A sonda de gastrostomia de 1ª vez ir até 6 meses;
- A substituição é feita no Bloco de Exames da Consulta de Gastreenterologia com sedação;
- As substituições seguintes são feitas na Consulta de Gastreenterologia não necessitando de apoio anestésico, apenas é necessário a criança ter jejum, cerca de 4 a 6 horas.

Alteração de PEG (1ª vez) para Botão ou sonda de gastrostomia

22

- Mais estético
- Idealmente requer manutenção de 6/6 meses



Benefícios para a Criança

23

- Ganho de peso
- Fornecimento energético e de nutrientes necessários;
- Alimentação pode ser dada em bolus ou fraccionadamente
- Aumento do conforto



Benefícios para os PAIS

24

QUALIDADE DE VIDA

Diminui O Tempo Dispendido Na Alimentação




Benefícios para os PAIS

25

aceitação

menor pressão e stress no momento da alimentação

facilidade para manipulação da gastrostomia




ESTETICAMENTE MAIS ACEITE QUANDO COMPARADA COM A SONDA NASOGÁSTRICA

Prevenção

26

- Desnutrição;
- Deficit de crescimento;
- Baixo Peso;
- Deficiências de micronutrientes;
- Osteopenia (diminuição da densidade mineral dos ossos)



(Bleigh et al., 2004; Sullivan et al., 2002; eifford@stanford.edu, 2009; Witek, 2009)

A Importância de uma equipa multidisciplinar

27



©Tina Aron

Equipa Multidisciplinar

28


- O sucesso da nutrição entérica por gastrostomia depende

↓

equipe multidisciplinar interessada e participativa

↓

famílias ou cuidadores devidamente informados e motivados



(Pereira, 2011).


A equipa de enfermagem

29

- Tem um papel importante, olhando para família como prestadora de cuidados, no processo de cuidar(respeitando os seus tempos),

↓

parceria da equipe profissional com o cuidador familiar,



↓


Prevenção de complicações.

(Romão, et al., 2008).

A equipa de enfermagem

30

- Verifica-se que o cuidador domiciliar também faz parte da equipe de cuidar;
- A Enfermagem tem papel de suma importância, por deter conhecimento em todas as áreas que envolvem o cuidar, assim como habilitação para execução de técnicas e procedimentos



(Romão, et al., 2008).

31

Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

32

Enfermeiro Especialista

(OE, 2011) Padrões de

33

Enfermeiro Especialista

Tem como responsabilidades:

- Motivar a equipa de enfermagem
- Envolver a equipa para a elaboração/participação de folhetos/projetos
- Caminharem de “mãos dadas” com vista a atingir uma meta traçada e definida por todos

Ensinos aos pais PEG.doc
Criança com necessidades dadas

Bibliografia

- Cabral, José - *Dificuldades alimentares na FC: Indicações da Gastrostomia* (2012). Exposição Oral
- JIMÉNEZ, D. G.; MARTIN, J. J.; GARCÍA, C. B.; TREVIÑO, S. J. - Patologia gastrointestinal en niños con parálisis cerebral. *Anales de Pediatría*. Barcelona 73:06 (2010) 361 e1-e6
- PEREIRA, F. - A gastrostomia Endoscópica na Nutrição Entérica da Criança. *Jornal Português de Gastroenterologia*. Porto. 18 (2011) 268-269
- PIMENTA, Joana Novais – *Gastrostomia endoscópica percutânea: A sua importância na criança*. Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina orientada pelo orientador Dr. Fernando Pereira e apresentada no Instituto de Ciências Biomedicas Abel Salazar no Porto em 2010
- ROMÃO, C. P.; ALMENIDA, S. B.; PONCE DE LEON, C. G. - Pacientes Gastrostomizados: enfrentamento dos cuidadores no domicílio. *Revista Eletronica de Enfermagem do UNEURO*. Brasília 1.2 (2008) 18-34

Bibliografia

- WHALEY, Lucille; WONG, Donna – *Enfermagem Pediátrica – Elementos Essenciais à Intervenção Efectiva*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1995, pp. 644, 659-660.
- WITECK, Camila - *Gastrostomia percutânea endoscópica em crianças: complicações associadas*. Curso de Graduação em Medicina orientado pela Dra. Mónica Lisboa Chang Wayhs na Universidade Federal de Santa Catarina em Florianópolis em 2009
- Folheto informativo cedido pela equipa médica de Gastroenterologia do Hospital de Dona Estefânia: FERNÁNDEZ, Victoria e CANÓN, Pilar – *Sondas para Gastrostomia Pediátricas - Instrucciones para su Cuidado*. Madrid: Novartis Medical Nutrition.
- Dados estatísticos, do programa DocBase
- Folheto Grifols

Dúvidas

36

Ficha de Avaliação da Sessão de Formação



Tema: Gastrostomia: o que é?

Data: Dia 05 de Novembro de 2012

Formadora: Andreia Vanessa Cravo Chaves

Agora, que a sessão terminou, gostaria de saber a sua opinião de como esta decorreu, de modo a detectar algumas falhas para poder melhorar sessões futuras. Assim, pedia a sua colaboração, para o preenchimento deste pequeno formulário que é anónimo.

Responda a cada item colocando uma Cruz (X) na coluna que melhor indica a sua avaliação.

<u>Relativamente à Organização:</u>	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade				
Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.				
A duração da formação foi adequada.				
O horário da formação foi adequado.				
A divulgação da formação foi suficiente.				

<u>Relativamente ao Formador:</u>	Totalmente	Muito	Alguns	Nenhum
Domínio dos conteúdos apresentados				
A linguagem utilizada foi clara e acessível				
Clareza na transmissão dos conhecimentos.				
Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.				
Interação com o grupo.				
Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.				

<u>Relativamente aos Conteúdos:</u>	Totalmente	Muito	Alguns	Nenhum
As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas				
Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.				
Foram abordados todos os pontos que consideraram importantes.				

O que é a gastrostomia?

Indique um requisito para a colocação da gastrostomia:

Indique um benefício para a criança após colocação de gastrostomia:

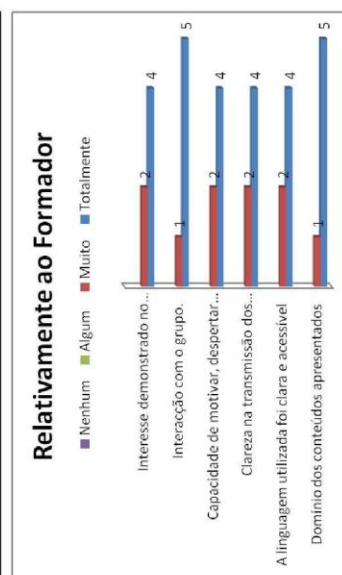
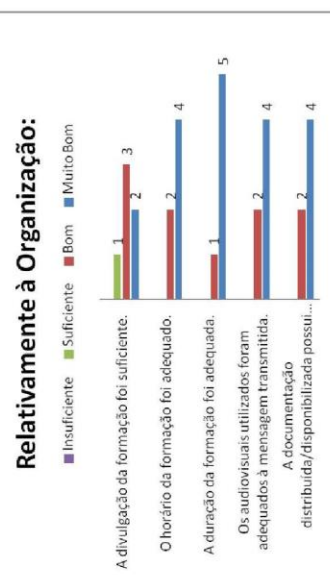
Muito Obrigada pela sua Colaboração

Andreia Chaves

Avaliação da Sessão de Formação: O que é a Gastrostomia?

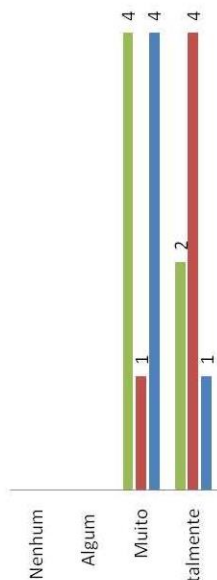
A formação teve lugar na Unidade de Intervenção Ambulatória no dia 05 de Novembro de 2012, na sala de reuniões, pelas 14:30h, estando presentes 6 elementos da equipa de enfermagem, sendo que 2 elementos se encontram de férias e 1 elemento ficou na prestação de cuidados. A sessão foi proposta por mim, no projeto de aprendizagem de modo a transmitir informações, sobre uma necessidade especial de alimentação, ou seja, a gastrostomia adaptada à minha área de especialização e à unidade. A sessão teve duração de cerca de 40min. No final foram distribuídos formulários para avaliar a sessão e se os objetivos propostos foram atingidos.

Os resultados obtidos relacionados com a formação foram os seguintes:



Conteúdos Abordados

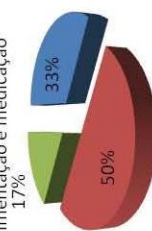
- Foram abordados todos os pontos que consideraram importantes.
- Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.
- As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas



As perguntas de resposta aberta para avaliar os objetivos da sessão tiveram os seguintes resultados:

O que é a Gastrostomia

- Abertura realizada diretamente para o estômago
- Técnica de colocação de sonda de alimentação do estômago
- Introdução de uma sonda num orifício da pele até ao estômago para administração de alimentação e medicação



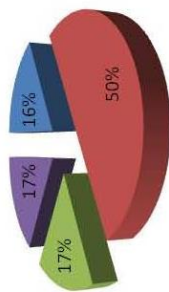
Toda a equipa de enfermagem que assistiu à sessão, descreveu o procedimento de forma correta. A Gastrostomia é um procedimento cirúrgico, em que exige um acesso artificial ao tubo digestivo por períodos longos ou definitivos, com a finalidade de administrar alimentos, líquidos e medicamentos (SMELTZER e BARE, 2005 cit por ROMÃO, ALMEIDA e PONCE de LEON, 2008 e PEREIRA, 2011).

Foi ainda mencionado, com maior frequência, pelos profissionais o aumento de peso, como um benefício para a criança após colocação de sonda de gastrostomia. O resultado da colocação da gastrostomia, que fornece o suporte nutricional adequado, na população pediátrica na literatura mundial, tem tido resultados satisfatórios com o aumento de peso, fornecimento energético e de nutrientes, trazendo benefícios a nível do crescimento e desenvolvimento da criança, diminuindo o tempo despendido na alimentação pelos cuidadores, melhorando por isso a sua qualidade de vida, evitando a desnutrição, déficit de crescimento, deficiências de micronutrientes, entre outros (SLEIGH et al, 2004; SULLIVAN et al, 2005; BROTHERTON et al, 2007; WITECK, 2009; JIMÉNEZ et al, 2010 e PIMENTA, 2010). Tem aumentado também o conforto para o paciente e a facilidade para manipulação da gastrostomia pelos cuidadores – menor pressão e stress no momento da alimentação e horário das medicações, menor risco de aspiração, além de ser, esteticamente mais aceite em relação à sonda nasogástrica (WITECK, 2009).

Assim termino a avaliação da sessão, concluindo que os objetivos específicos enunciados foram atingidos em pleno.

Uma Indicação para a colocação de Gastrostomia

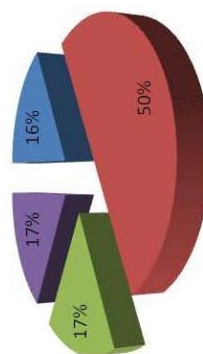
■ Síndrome do Intestino Curto ■ Paralisia Cerebral
■ Má nutrição ■ Dificuldade em alimentar-se



A indicação mais enunciada pelos profissionais de saúde para a colocação de gastrostomia é a paralisia cerebral o que vai ao enunciado encontro do durante a sessão, o que vai de encontro ao referido no estudo de PIMENTA (2010), em que foram realizadas 119 gastrostomias, sendo a principal indicação as perturbações da deglutição (83,2%), sendo a paralisia cerebral (38,66%) a causa mais frequente. WITECK (2009), refere também no seu estudo que a paralisia cerebral é a causa mais frequente para a colocação de gastrostomia, por distúrbios da deglutição e disfagia progressiva.

Um Benefício para a Criança

■ Favorecer aporte de nutrientes ■ Aumento de Peso
■ Melhoria da qualidade de vida ■ Conseguir alimentar-se



BIBLIOGRAFIA

- ✓ BROTHERTON A.; ABBOTT J.; AGGETT P. - The impact of percutaneous endoscopic gastrostomy feeding in children; the parental perspective. *Child care health and development*. 33: 5 (2007) 539-546
- ✓ JIMÉNEZ, D. G.; MARTIN, J. J.; GARCÍA, C. B.; TREVIÑO, S. J. - Patología gastrointestinal en niños con parálisis cerebral. *Anales de Pediatría*. Barcelona 73:06 (2010) 361 e1-e6
- ✓ PEREIRA, F. - A gastrostomia Endoscópica na Nutrição Entérica da Criança. *Jornal Português de Gastreenterologia*. Porto. 18 (2011) 268-269
- ✓ PIMENTA, Joana Novais – *Gastrostomia endoscópica percutânea: A sua importância na criança*. Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina orientada pelo orientador Dr. Fernando Pereira e apresentada no Instituto de Ciências Biomedicas Abel Salazar no Porto em 2010
- ✓ ROMÃO, C. P.; ALMENIDA, S. B.; PONCE DE LEON, C. G. - Pacientes Gastrostomizados: enfrentamento dos cuidadores no domicílio. *Revista Eletrónica de Enfermagem do UNIEURO*. Brasília 1:2 (2008) 18-34
- ✓ SLEIGH, G.; BROCKLEHURST, P. - Gastrostomy feeding in cerebral palsy: a systematic review. *Archives of disease in childhood*. 89 (2004) 534-539.
- ✓ SULLIVAN P. B. et al - Gastrostomy tube feeding in children with cerebral palsy: a prospective, longitudinal study. *Dev Med Child Neurol*. 47:2 (2005) 77-85.
- ✓ WITECK, Camila - *Gastrostomia percutânea endoscópica em crianças: complicações associadas*. Curso de Graduação em Medicina orientado pela Dra. Mônica Lisboa Chang Wayhs na Universidade Federal de Santa Catarina em Florianópolis em 2009

***Anexo XVI – Sessão de formação “Cuidados de manutenção à
criança com sonda de Gastrostomia/Botão”***

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

**Cuidados de
Manutenção à sonda de
Gastrostomia / Botão
UIA / Consulta de gastro**

DATA 06/11/2012

HORA: 14:30 h

LOCAL: Sala de reuniões UIA

FORMADOR(ES): Enf. Andreia Chaves





PLANO DE SESSÃO

- **TEMA:** Gastrostomia: Cuidados de Manutenção à Sonda de Gastrostomia / Botão
- **DATA:** Dia 06 de Novembro de 2012
- **HORA:** 14:30 Horas
- **DURAÇÃO:** 35 Minutos
- **FORMADORA:** Andreia Vanessa Cravo Chaves
- **POPULAÇÃO ALVO:** Equipa de Enfermagem da Unidade de Intervenção Ambulatória
- **LOCAL:** Sala de Reuniões da UIA
- **OBJECTIVO GERAL:** Uniformizar os cuidados de enfermagem prestados à criança com PEG; Promover a integração de novos elementos na Equipa de Enfermagem
- **OBJECTIVO ESPECÍFICO:** Que no final da sessão os profissionais de saúde da UIA sejam capazes de enumerar:
 - Um cuidado a ter após colocação de gastrostomia
 - Um cuidado a ter antes da administração de medicação/alimentação
 - Uma complicação que possa surgir
- **SERÁ AINDA DISPONIBILIZADA:**
 - Documentação sobre a formação

Etapas	Conteúdos programáticos	Métodos e técnicas pedagógicas	Recursos didácticos	Tempo (min)
Introdução	Apresentação do formador Apresentação do tema; Apresentação dos objectivos da sessão (geral e específico)	Método Expositivo	> Computador > Power -Point	5'
Desenvolvimento	Conteúdos programáticos: ✓ Medidas de Higiene ✓ Sondas de Gastrostomia 1ª vez ✓ Botão de Gastrostomia ✓ Sonda de Gastrostomia de Substituição ✓ Cuidados ao estoma ✓ Administração de alimentação e medicação ✓ Complicações	Método Expositivo Manuseamento de Material	> Computador > Power -Point	20'
Conclusão	Conclusão da sessão e esclarecimento de dúvidas Ficha de avaliação da sessão	Método Expositivo Entrega de Folha de Avaliação	Suporte de Papel	5'

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL ETE

Hospital Dona Estefânia
Unidade de Intervenção Ambulatória



Gastrostomia

Cuidados de Manutenção à Sonda de Gastrostomia / Botão

Enf Andreia Chaves
Aluna de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional com Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica
Orientado pela Enf. Elsa Soeiro
Novembro de 2012



Objectivo Geral

- Uniformizar os cuidados de enfermagem prestados à criança com gastrostomia;
- Promover a integração de novos elementos na Equipa de Enfermagem



Objetivos Específicos


- Que os profissionais sejam capazes de enumerar:
 - Um cuidado a ter após realização de gastrostomia
 - Um cuidado a ter antes da administração de medicação/alimentação
 - Uma complicação que possa surgir




Cuidados após colocação PEG

Nos cuidados à criança com gastrostomia não devem ser descuradas:

Lavagem das Mãos



Higiene Oral




Cuidados de Manutenção à Sonda de Gastrostomia / Botão

HIGIENE ORAL A CRIANÇAS COM GASTROSTOMIA/BOTÃO

- A qualidade da higiene oral depende da autonomia da criança:

Se a criança é independente ou consegue bochechar:


- Escovagem dos dentes e língua 3 vezes ao dia ou sempre que necessário.



Cuidados de Manutenção à Sonda de Gastrostomia / Botão

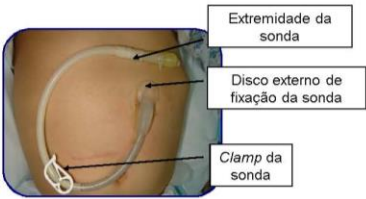
HIGIENE ORAL A CRIANÇAS COM GASTROSTOMIA/BOTÃO

- Se a criança (o doente) é totalmente dependente ou não consegue bochechar:
 - Não usar pasta dentífrica ou água;
 - Pode se utilizar uma espátula envolvida com gaze, embebida em solução antisséptica uma vez por dia;
 - Aplicar hidratante nos lábios sempre que necessário



Cuidados de Manutenção à Sonda de Gastrostomia / Botão

SONDA DE GASTROSTOMIA DE 1ª VEZ – PEG



Extremidade da sonda
Disco externo de fixação da sonda
Clamp da sonda

Cuidados de Manutenção à Sonda de Gastrostomia / Botão


SONDA DE GASTROSTOMIA DE 1ª VEZ – PEG



Entrada de porta dupla
Adaptação à extremidade da sonda
Adaptação à seringa de bico de pato
Adaptação às seringas

Cuidados de Manutenção à Sonda de Gastrostomia / Botão

BOTÃO DE GASTROSTOMIA/SONDA DE SUBSTITUIÇÃO



Kit de botão de substituição com balão

Cuidados de Manutenção à Sonda de Gastrostomia / Botão

BOTÃO DE GASTROSTOMIA/SONDA DE SUBSTITUIÇÃO



Válvula de conexão dos prolongamentos de alimentação
Válvula de insuflação do balão interno
Balão interno (balão de retenção)

Botão de Gastrostomia (Sem Balão)




Kit de botão de substituição com balão

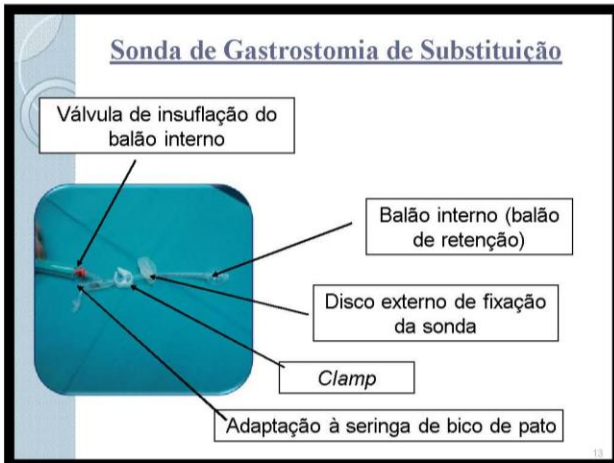


Válvula de conexão dos prolongamentos de alimentação

Cuidados de Manutenção à Sonda de Gastrostomia / Botão





Prolongamentos de alimentação



Cuidados de Manutenção à Sonda de Gastrostomia / Botão

- Limpar diariamente a parte externa e interna da sonda/botão de Gastrostomia:
 - na parte externa utilizar água e sabão,
 - na parte interna usar água e um cotonete ou compressa.
- Efetuar frequentemente a rotação da sonda/botão de Gastrostomia 360 graus de forma a evitar aderências à pele;



Cuidados de Manutenção à Sonda de Gastrostomia / Botão

- Na sonda verificar se o travão se encontra fechado quando a sonda não está a ser usada.
- Deve-se evitar que a sonda fique presa
 - evitar que a criança a puxe e que acidentalmente seja exteriorizada ou provoque lesões na região do estoma.

Cuidados de Manutenção à Sonda de Gastrostomia / Botão


CUIDADOS AO ESTOMA

A limpeza da pele em redor da gastrostomia é de extrema importância, para poder evitar diversos problemas, tais como granulomas.

Observar diariamente as características do estoma e da pele envolvente para despistar:


- irritação da pele
- aparecimento de secreção gástrica;

↓
Ácido




Cuidados de Manutenção à Sonda de Gastrostomia / Botão

- Durante os primeiros 15 dias após a colocação da sonda limpar a zona do estoma com uma solução anti séptica – iodopovidona 10% solução cutânea.
- Após esta fase limpar o estoma com movimentos circulares, usando compressa e soro fisiológico/água e sabão;



Cuidados de Manutenção da Sonda/Botão

- Não aplicar loções ou cremes hidratantes na região peri-estomal (obstruem os poros da pele, mantendo-a húmida);
- Colocar compressa não têxtil, (com um pequeno corte a meio) em redor da sonda, mudando-a frequentemente;



Cuidados de Manutenção à Sonda de Gastrostomia / Botão



- A colocação de compressa não têxtil em redor da sonda, apesar de ser vista como meio propício à proliferação bacteriana, pode ser benéfica quando há exsudado ou extravasamento do conteúdo alimentar, mantendo o local menos húmido e protegendo a pele;

Cuidados de Manutenção à Sonda de Gastrostomia / Botão

Cuidados de Higiene

- A criança pode tomar banho diariamente, de preferência de chuveiro, tendo sempre o cuidado de fechar as portas de entrada da sonda.



Cuidados de Manutenção à Sonda de Gastrostomia / Botão

Como alimentar a criança com gastrostomia

- Os alimentos devem ser administrados à temperatura ambiente;
- A consistência dos alimentos é adequada ao calibre da sonda;
- Colocar a criança confortavelmente (inclinação de 30-45 graus);
- O tempo de administração não deve ser inferior a 15 a 30 minutos.



Cuidados de Manutenção à Sonda de Gastrostomia / Botão

Antes de cada administração:

- Confirmar sempre se a sonda se encontra no estômago e observar as características do resíduo gástrico se houver.



Como alimentar a criança com gastrostomia

Após cada administração:

- Confirmar se as portas de entrada estão bem fechadas evitando a saída de conteúdo gástrico;
- Deve lavar a sonda
 - introduzindo 10 ml a 20 ml de água para evitar a acumulação de alimentos e seguidamente introduzir ar para que a sonda fique sem alimento/água;
- À medida que a criança cresce, ofereça-lhe outras oportunidades de mastigar e de chupar.

Administração de medicação

- Evitar a administração simultânea de fármacos incompatíveis entre si (depende do fármaco a administrar) e lavar a sonda entre cada fármaco que se administra;
- Triturar bem os fármacos, convertendo-os em pó fino;
- Administrar 10-20 ml de água a cada administração de fármacos.



Administração de medicação

- Se a criança estiver a ser alimentada, por bomba infusora de alimentação entérica fazer pausa na bomba interrompendo a alimentação
- Fazer pausa na bomba interrompendo a alimentação;

Injetar água após cada medicação, para evitar que se misturem na sonda, podendo entupir a mesma.

Administração de medicação

- No caso de a criança ter um Botão, existem 2 prolongamentos, sendo um deles (o mais fino) destinado para administração de medicação



Complicações

Se a sonda/botão sair

- Se a sonda de gastrostomia é a inicial e foi colocada recentemente, avisar o Médico Assistente;
- Se já tem a sonda/botão de gastrostomia e já está colocada há algum tempo de imediato colocar uma algália nº 20 no estoma, para que este não encerre; avisar o Médico Assistente ou Enfermeira de referência da Consulta de Gastreterologia.

Complicações

Se existe rutura da sonda ou aparecimento de fissuras na superfície

- Fazer a substituição do material e avisar o Médico Assistente.

Complicações

Se a sonda/botão não roda completamente

- Fazer girar a sonda empurrando para dentro muito suavemente;
- Se continuar sem girar (parecendo estar presa) contactar o Médico Assistente ou Enfermeira de referência da Consulta de Gastreterologia.

Complicações

Se existe obstrução da sonda /botão

- Tentar desobstruir a sonda usando água com gás, ter atenção para não introduzir, se continuar contactar o Médico Assistente ou enfermeira de referência da Consulta de Gastreterologia.

Complicações

Se existe irritação ou infeção da pele em redor do estoma

- Regular excesso de pressão e a distância entre o suporte externo da sonda e o estoma;
- Se existir perda de conteúdo do estômago e for abundante contactar o Médico Assistente ou enfermeira de referência da Consulta de Gastreenterologia.

31

Complicações

Se a zona a volta do estoma está húmida e com saída de conteúdo do estômago

- Verificar se a porta de entrada da sonda se encontra fechada;
- Adaptar bem à parede abdominal o disco de fixação da sonda.
- Se a fuga persistir contactar o Médico Assistente ou Enfermeira de referência da Consulta de Gastreenterologia.

32

Manipulação de Material



33

Dúvidas



34

Bibliografia

- Cabral, José - *Dificuldades alimentares na PC: Indicações da Gastrostomia* (2012). Exposição Oral
- JIMÉNEZ, D. G.; MARTIN, J. J.; GARCÍA, C. B.; TREVIÑO, S. J. - Patologia gastrointestinal en niños con parálisis cerebral. *Anales de Pediatría*. Barcelona 73:06 (2010) 361 e1-e6
- PEREIRA, F. - A gastrostomia Endoscópica na Nutrição Entérica da Criança. *Jornal Português de Gastreenterologia*. Porto. 18 (2011) 268-269
- PIMENTA, Joana Novais - *Gastrostomia endoscópica percutânea: A sua importância na criança*. Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina orientada pelo orientador Dr. Fernando Pereira e apresentada no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar no Porto em 2010
- ROMÃO, C. P.; ALMENIDA, S. B.; PONCE DE LEON, C. G. - Pacientes Gastrostomizados: enfrentamento dos cuidadores no domicílio. *Revista Eletrónica de Enfermagem do UNIEURO*. Brasília 1:2 (2008) 18-34

35

Bibliografia

- WHALEY, Lucille; WONG, Donna - *Enfermagem Pediátrica - Elementos Essenciais à Intervenção Efectiva*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1995, pp. 644, 659-660.
- WITECK, Camila - *Gastrostomia percutânea endoscópica em crianças: complicações associadas*. Curso de Graduação em Medicina orientado pela Dra. Mónica Lisboa Chang Wylis na Universidade Federal de Santa Catarina em Florianópolis em 2009
- Folheto informativo cedido pela equipa médica de Gastreenterologia do Hospital de Dona Estefânia: FERNÁNDEZ, Victoria e CANÓN, Pilar - *Sondas para Gastrostomia Pediátricas - Instruções para su Cuidado*. Madrid: Novartis Medical Nutrition.
- Dados estatísticos, do programa DocBase
- Folheto Grifols

36

***Anexo XVII – Folha de articulação de cuidados de enfermagem:
Transferência para serviço de adultos***



Unidade de Intervenção Ambulatória - Consulta de Gastroenterologia Pediátrica
Folha de Articulação de Cuidados de Enfermagem - Transferência para Serviço de Adultos

Contacto efetuado por: _____ Data: _____
 Contacto estabelecido com: _____

IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA

Nome _____
 Como gosta de ser chamado _____
 Data de Nascimento _____
 Filiação _____
 Telefones de contacto _____
 Centro de Saúde Inscrito _____
 Médico de Família _____

SITUAÇÃO DE SAÚDE

Diagnóstico: _____
 Médico Responsável no HDE: _____
 Enfermeiro de Referência no HDE: _____
 Data da colação de Gastrostomia: _____
 Diagnósticos de Enfermagem Pendentes: _____
 Data da última mudança de sonda de gastrostomia: _____
 Calibre da última sonda de gastrostomia colocada: _____ Lote: _____ Validade: _____

PERCEÇÃO DA CRIANÇA / PAIS FACE À DOENÇA

ENSINOS REALIZADOS

	Pai/mãe	Data do ensino	Colaboração nos cuidados	Autonomia nos cuidados	Obs.
Preparação do material / Criança					
Administração de alimentação					
Administração de medicação					
Cuidados ao estoma					
Cuidados de Higiene					
Atuação em caso de intercorrências					

Folha elaborada por: Enf. Andreia Chaves

Aluna de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional com Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica

Orientado pela Enf. Especialista Elsa Soeiro

Novembro de 2012

Anexo XVIII – Questionário aos pais “A importância que atribuem à existência de um espaço de partilha de informação para explicação de procedimentos”

Exmos. Senhores

O meu nome é Andreia Chaves e sou enfermeira neste serviço. Neste momento encontro-me a frequentar o estágio do Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, e estou a desenvolver um projecto cujo tema é “ a criança com doença crónica gastrointestinal, com necessidades especiais de alimentação ”. Neste sentido solicito a vossa colaboração para o preenchimento do seguinte questionário, de modo a ir ao encontro das vossas necessidades e assim melhorar a qualidade dos cuidados prestados nesta unidade.

O questionário será anónimo e confidencial. Poderá no final do estudo, consultar as conclusões do mesmo, através de um exemplar que ficará no serviço.

Obrigada pela sua participação

Enfermeira Andreia Chaves

Aluna do Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, orientado pela Enfermeira Elisa Soeiro



Questionário à criança/família submetida a Endoscopia e Colonoscopia

1. Que idade tem o seu filho?

2. Que exame vai realizar?

Endoscopia

Colonoscopia

3. É a primeira vez que o seu filho vem fazer este exame?

Sim

Não

4. Está informado/a sobre o exame que o seu filho vai realizar? (como vai ser feito, o que vai acontecer, quem pode acompanhar a criança)

Sim

Não

4.1 Porquê?

5. Necessita de mais esclarecimentos?

Sim

Não

5.1 Se respondeu sim, diga quais:

6. Relativamente ao seu filho, foi-lhe explicado o exame que vai realizar?

Sim

Não

7. Se sim, **quem** explicou o exame ao seu filho?

8. Foi-lhe entregue algum documento escrito com a informação sobre o exame que o seu filho/a vai realizar?

Sim

Não

8.1. Se respondeu **Não**, acha que seria importante? Porquê?

9. Em sua opinião, seria vantajoso a criação de um momento, onde todos os profissionais intervenientes no exame (anestésista, médico, enfermeiro, auxiliar), lhe explicassem o procedimento, de modo a ficar mais esclarecido?

Sim

Não

Opiniões e Sugestões:

Muito Obrigada pela sua colaboração!

Enf. Andreia Chaves

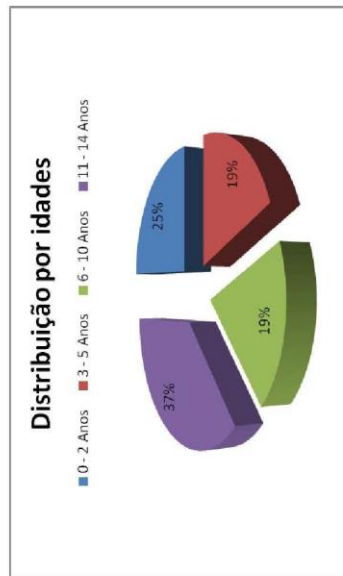


Avaliação do questionário aplicado aos pais

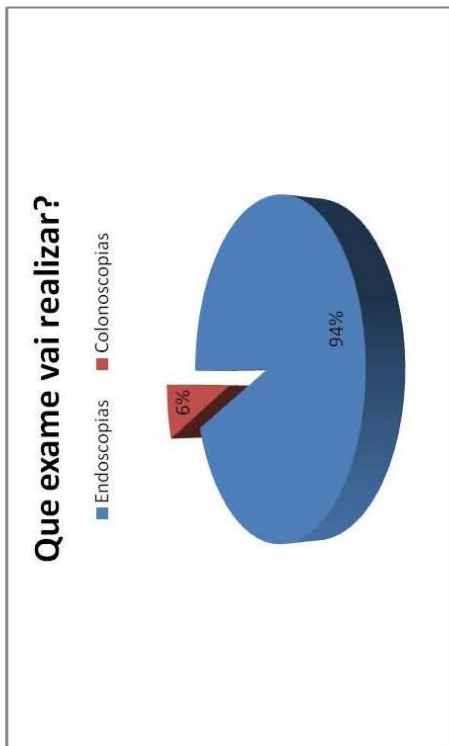
No decorrer do estágio inserido no Módulo II, em contexto de internamento, que teve lugar na Unidade de Intervenção Ambulatório do Hospital Dona Estefânia, surgiu a necessidade de efetuar uma atividade não mencionada no projeto, com o objetivo de compreender a importância que os pais de crianças que vão realizar endoscopias e colonoscopias, atribuem ao facto de existir um momento de interação entre enfermeiro e família, anterior ao exame com o objetivo de explicar os procedimentos a serem realizados no decorrer do exame, diminuindo os receios das crianças/famílias.

Os questionários foram distribuídos entre 15 de Outubro e 2 de Novembro, e foram entregues aos pais pela secretária de unidade no momento da inscrição para o exame juntamente com os restantes documentos. Durante este período foram realizados 32 exames, sendo que a taxa de entrega de questionários preenchidos foi de 50%.

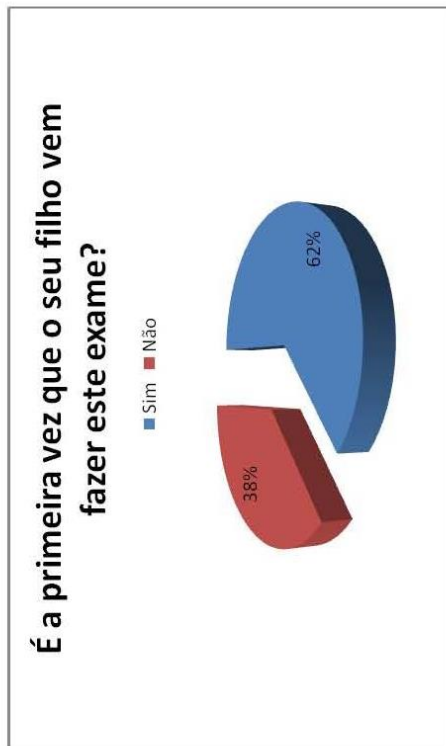
Os resultados obtidos foram os seguintes:



A faixa etária predominante para a realização dos exames, durante este período foi entre os 11 e os 14 anos.

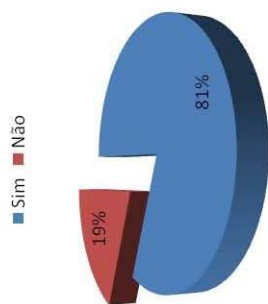


Os exames a serem realizados com maior frequência são as endoscopias, com 94%.



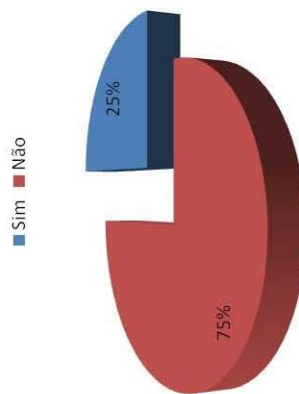
Em 62% é a primeira vez que a criança realiza o procedimento.

Está informado/a sobre o exame que o seu filho vai realizar



Em 81% dos casos os pais referem estar informados da situação por qual vão passar o que vai de encontro à pergunta seguinte, em que 75% afirma não necessitar de mais esclarecimentos:

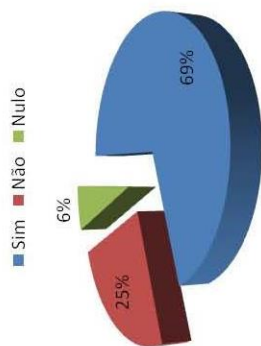
Necessita de mais esclarecimentos



No entanto os pais informados referem terem sido esclarecidos pelo médico (1 caso) e como é a segunda vez que vão realizar o exame já conhecem os procedimentos (1 caso). Um pai referiu não saber nada pois tudo tinha sido tratado “telefonicamente”.

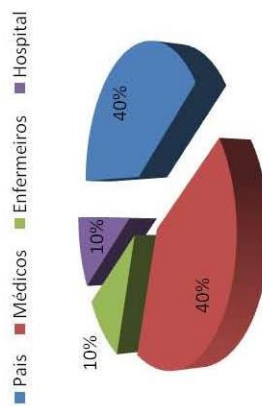
No entanto no que diz respeito à necessidade de mais esclarecimentos houve registos de necessitarem de esclarecimentos sobre: as consequências; como se vai realizar o exame; se tem anestesia; informação sobre anestesia; como a criança fica após o exame; o que poderá comer; quem poderá acompanhar a criança e se ficará internado.

Relativamente ao seu filho, foi-lhe explicado o exame que vai realizar



Em 69% das crianças estão informadas do procedimento que vão realizar, tendo sido informadas maioritariamente pelos pais e médicos em igual escala (40%).

Se sim, quem explicou o exame ao seu filho



respondeu que considera importante a existência de um espaço para a partilha/explicação de procedimentos. Os pais poderão assim, no meu ponto de vista, sentirem-se comprometidos com o exame que o/a filho/a vai realizar, podendo a resposta ser diferente se estes questionários fossem entregues no final da realização dos exames, ficando assim uma sugestão para um próximo questionário/estudo.

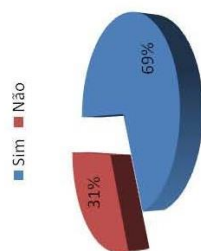
No entanto considero benéfico a realização destes questionários, não só para o estudo do meu projeto, mas também para a equipa de saúde que exerce funções na UIJA, tendo assim efetuado uma reflexão sobre a importância da existência de uma consulta de enfermagem.

A importância da Consulta de Enfermagem

A Unidade de Gastroenterologia Infantil do CHLC, Hospital Dona Estefânia, contempla um bloco periférico de exames, onde são realizados exames do foro da gastroenterologia, tais como endoscopias digestivas altas e baixas, com apoio de anestesia e sedação, onde o papel do enfermeiro cuidados gerais é de apoio ao endoscopista e ao anestesista. No entanto no acolhimento à criança e família, é frequente existirem dúvidas por parte de ambos, relacionadas com o exame e com a anestesia, onde surgem os medos, por parte das crianças confrontados com o desconhecido, pois nunca viram, nem viveriam uma situação semelhante e nunca manipularam o material. Seria importante, na minha opinião, a criação de um espaço para a partilha e explicação de procedimentos, tal como uma consulta de enfermagem, entre o profissional e a criança/família, onde estes partilham experiências e sentimentos, através de uma interação “face-a-face” (Mendonça et al, 2007 e Gentil Diniz et al, 2009). Esta comunicação além de partilhar informações e dúvidas, tem também a capacidade de compreender e ter a perceção se a criança/família está a compreender a informação transmitida, bem como solucionar problemas identificados por meio do diagnóstico de enfermagem³ e assim explicar todos os procedimentos que vão ser realizados (Mendonça et al, 2007 e Gentil Diniz et al, 2009). Segundo Mendonça et al (2007) esta consulta é ainda o momento em que é possível o estabelecimento de um relacionamento interpessoal, de um sentimento de confiança e respeito num ambiente agradável, tranquilo e confidencial entre a criança/família e o enfermeiro.

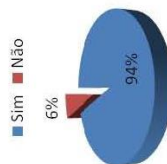
Ao abordar-se o utente pediátrico, toma-se imprescindível a existência de um espaço que permita a assistência à criança, compreendendo e esclarecendo todos os seus receios

Foi-lhe entregue algum documento escrito com a informação sobre o exame que o seu filho/a vai realizar



Foi enunciado pelos pais a importância da distribuição de informação escrita abordando as condições e consequências do exame contribuindo para crianças mais informadas e pais mais tranquilos.

Seria vantajoso a criação de um momento que lhe explicassem o procedimento



94 % dos pais referem ser vantajoso a necessidade de haver um espaço para explicação dos procedimentos.

A faixa etária predominante é entre os 11 e 14 anos, sendo as endoscopias os exames que se realizam com maior frequência, sendo que na maioria dos casos são exames que estão a ser realizados pela primeira vez. O facto dos pais mencionarem que se sentem informados e esclarecidos dos procedimentos e que não necessitam de mais esclarecimentos, não vai de encontro ao respondido na ultima questão, onde 94%

procedimentos, é sim um espaço para esclarecer dúvidas que possam surgir (Rios e Vieira, 2007).

No meu ponto de vista e como futura enfermeira especialista julgo ser de extrema importância a existência de uma consulta de enfermagem em colaboração com a médica, de modo a que em conjunto fosse possível, colmatar as necessidades da criança e família, para que no dia do exame, houvesse menos dúvidas, preparações bem efetuadas e por conseguinte menos taxa de recorrência para marcação de novos exames e menos receios. A consulta poderia ser assim integrada na consulta médica, em que seria estabelecido um plano conjunto, entre equipa médica e enfermagem, de modo a incidir sobre as competências de cada área específica, tal como afirma **Saparoli e Adami (2007)** contribuindo para a melhoria da qualidade da assistência prestada à criança, visando a promoção, proteção e recuperação da saúde (3-4). Campos et al, 2011, afirmam também que após a pesquisa efetuada no seu estudo, temos a possibilidade de atuar, na nossa prática profissional, de modo a ajudar as crianças e suas famílias, através dos ensinamentos e da ajuda, que pode ser proporcionada na consulta de enfermagem, devendo por isso também ser importante contemplar este aspeto na formação do profissional, estando mais bem preparado para implementar e atuar, com vista a atingir a promoção do cuidado integral da família, da criança e da comunidade (Campos et al, 2011).

Deste modo julgo que as crianças poderiam chegar à unidade com menos receio e com mais conhecimento do procedimento que vão realizar, bem com a família igualmente esclarecida. Assim sinto que a implementação de uma consulta no serviço seria uma mais-valia, trazendo ganhos para a saúde.

Bibliografia

- Campos, Roseli Márcia; Ribeiro, Círcia Amália; Silva, Conceição Vieira, Saparoli, Eliana Campos - Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. *Rev Escola Enfermagem USP*. 45:3 (2011) 566-74.
- Cassamassimo Duarte; Aparecido Ayres e Pessuto Simonetti, 2009 - Consulta de enfermagem: estratégia de cuidado ao portador de hanseníase em atenção primária. *Texto & Contexto Enfermagem*. 18:1 (2009) 100-107

e dúvidas, pois a criança encontra-se numa fase do ciclo de vida de grande vulnerabilidade (Campos et al, 2011). Assim a consulta de enfermagem ao utente pediátrico e sua família tem como objetivo prestar uma assistência sistematizada e individualizada, identificando problemas de saúde/doença, executando e avaliando cuidados que contribuam para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação de sua saúde (2) (Campos et al, 2011). Gostaria ainda de mencionar o facto da importância da consulta de enfermagem, uma vez que esta vem abordada e definida no Diário da República, 1.ª série — N.º 242 — 20 de Dezembro de 2011, **Portaria n.º 306-A/2011 de 20 de Dezembro** Artigo 2.º g), como uma intervenção que visa a realização de uma avaliação, ou estabelecimento de um plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado. Nesta caso específico da consulta de gastroenterologia, julgo que seria vantajoso na medida em que a criança e família teriam um maior conhecimento relacionado com os procedimentos a serem realizados, contribuindo assim para um maior conhecimento e controlo de toda a situação.

A consulta de enfermagem é também uma ação educativa entre o profissional de saúde e o utente pediátrico e sua família, devendo segundo Rios e Vieira (2007) de estar inserida em todas as atividades, tendo como objetivo fazer o utente refletir sobre o seu estado, poder colocar dúvidas e exprimir os seus receios, e onde se pode validar os ensinamentos já efetuados, seja pelo médico seja pela enfermeira, como já foi referido anteriormente e ainda atuar na promoção da saúde e na adoção de estilos de vida saudáveis 2. No estudo de Rios e Vieira (2007) sobre a importância da consulta de enfermagem como espaço de educação para a saúde no período pré-natal, verificou-se que ocorrem lacunas nas ações de educação para a saúde, uma vez que a mulher no último mês de gestação demonstra falta de conhecimentos sobre o seu estado de saúde. Na unidade de gastroenterologia pediátrica o que acontece muitas vezes, são as preparações necessárias para a realização dos exames, tais como o jejum e preparação intestinal no caso das colonoscopias, não serem cumpridas. Assim no dia do exame são colocadas dúvidas, que deviam ter sido esclarecidas no dia da marcação do exame, para que a criança e família viessem informadas sobre os procedimentos que iriam ser realizados e pelos quais tinham que passar. Assim sendo e transportando para a pediatria, nota-se a importância da existência de uma consulta de enfermagem a fim de colmatar todas estas lacunas. A consulta é mais do que um espaço para a realização de

- Gentil Diniz, MI.; Marinho Chrizostimo, M.; Simeão dos Santos, MS.; Machado Tinoco Feitosa Rosas, AM.; Oliveira, L de V. - O entrelaçar histórico da consulta de enfermagem com a vivência profissional. *Enfermeria Global*. 15 (2009) 1 – 11.
- Mendonça, Regiane de Souza; Valadão, Marcus; Castro, Leonaldson; Camargo, Teresa Caldas - A Importância da Consulta de Enfermagem em Pré-operatório de Ostomias Intestinais. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 53:4 (2007) 431-435.
- Portaria n.º 306-A/2011 de 20 de Dezembro. *Conceitos*. Diário da República: I Série — N.º 242, 20 de Dezembro de 2011 p. 5348
- Rios, Cláudia Teresa e Vieira, Neiva Francenely - Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde (2007)
- Saporolli, Eliana Campos Leite; Adami, Nilce Piva - Avaliação da qualidade da consulta de enfermagem à criança no Programa de Saúde da Família. *Acta Paul Enfermagem*. 20:1 (2007) 55-61.

Anexo XIX – Folheto “Cuidados ao utente pediátrico com sonda/botão de Gastrostomia”

Cuidados com a sonda:

Lavar sempre as mãos antes e após a manipulação da sonda.

- Limpar diariamente a parte externa e interna da sonda/botão de Gastrostomia:



- na parte externa (por fora) utilizar água e sabão
 - na parte interna (por dentro) usar água e um cotonete ou compressa.

- Efetuar frequentemente a rotação da sonda/botão de Gastrostomia 360 graus de forma a evitar aderências à pele
- Antes e depois de cada administração de alimentação deve lavar-se a sonda com 50 ml de água, e de 8/8 horas, com o objetivo de manter a sonda permeável, limpa e hidratar o doente;
- Entre refeições deverá ser administrado cerca de 1,5L de água;
- Verificar sempre após cada refeição se o travão se encontra fechado;
- Evitar que a sonda fique presa.

<http://santacarinha.com.br/colheitas0115/medicinalimpeza-maos-pag-10.html>

Em caso de dúvidas contacte:

Serviço de Urgência do Hospital Dona Estefânia
 213126600

Unidade de Gastroenterologia do Hospital Dona Estefânia
 213126137

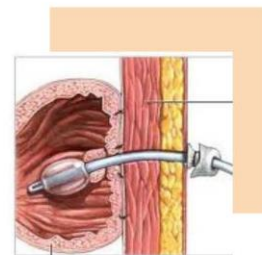
Saúde 24
 808 24 24 00

Folheto elaborado por:
 Enf Andreia Chaves,
 Aluna de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional com Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica Orientado pelo Enf. Especialista Amílcar Alves



Cuidados ao utente pediátrico com

Sonda / Botão de Gastrostomia



<http://menageo.blogspot.pt/2012/09/gastrostomia-e-otave-internacao.html>

Cuidados à Criança com Gastrostomia Percutânea Endoscópica (PEG)

Com o estoma:

- Nos primeiros 8 dias o penso do local de inserção da sonda PEG deverá ser feito diariamente ou em SOS, com técnica asséptica, por um enfermeiro;
- Penso é feito:
 - Limpando a área peri-estoma com Cloreto de Sódio a 0,9% (Soro Fisiológico), e desinfetando com Betadine, colocando um penso seco;



- Observar diariamente as características do estoma e da pele envolvente;
- Ao fim de 8 dias não deverá ser preciso penso protetor;
- Não aplicar loções ou cremes hidratantes na região peri-estomal (obstruem os poros da pele, mantendo-a húmida);
- Colocar compressa não têxtil, (com um pequeno corte a meio) em redor da sonda, mudando-a frequentemente
- Caso se observe presença de sinais de infeção (rubor, edema, tumefação, dor ou corrimento invulgar), contactar a equipa de PEG;



Introdução de alimentos:

- O seu filho recomeará a alimentar-se cerca de 6 a 8h após a ida ao bloco para realizar gastrostomia;
- A alimentação vai ser iniciada com soro glicosado (“soro com açúcar”) e gradualmente passará à alimentação habitual triturada;



<http://diversoslinks.blogspot.pt/2010/07/alimentacao-por-gastrostomia.html>

Cuidados na Administração da Alimentação

- Após retirar a tampa da sonda, clampar (travar) a extremidade proximal, para evitar a entrada de ar para o estômago;
- Antes de administrar os alimentos confirmar se a sonda se encontra no estômago, através da aspiração do conteúdo gástrico;
- Os alimentos devem ser administrados à temperatura ambiente;
- A consistência dos alimentos deve ser adequada ao calibre da sonda evitando que a sonda entupa;
- Colocar a criança confortavelmente (inclinação de 30-45 graus) - Idealmente sentada;

- A alimentação deve ser administrada por seringa com duração entre 15 a 30 minutos;

Após Administração de Alimentação

- Após administração de alimentação a criança deverá permanecer sentada, semi-sentada ou deambular (andar).

Cuidados de Higiene

- Após 8 dias de a criança ir ao bloco, já pode tomar banho, de preferência de chuveiro, tendo sempre o cuidado de fechar as portas de entrada da sonda;



<http://portaldonagosto.blogspot.pt/2012/08/ao-banho.html>

Anexo XX – Sessão de formação “Gastrostomia: Atuação do enfermeiro no SUP”

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Gastrostomia

Atuação do

Enfermeiro no SUP

Serviço de Urgência Pediátrica

DATA 28/11/2012

HORA: 15:30 h

LOCAL: Sala de Enfermagem do SUP

FORMADOR(ES):

Enf. Andreia Chaves

Aluna de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional com
Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica



PLANO DE SESSÃO

- **TEMA:** Gastrostomia: Atuação do Enfermeiro no Serviço de

Urgência Pediátrica

- **DATA:** Dia 28 de Novembro de 2012

- **HORA:** 16:00 Horas

- **DURAÇÃO:** 40 Minutos

- **FORMADORA:** Andreia Vanessa Cravo Chaves

- **POPULAÇÃO ALVO:** Equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência Pediátrica

- **LOCAL:** Sala de Enfermagem do SUP

- **OBJECTIVO GERAL:** Esclarecer a equipa de enfermagem do SUP sobre

- O que é a Gastrostomia Endoscópica Percutânea (PEG)

- Situações de urgência/ Complicações que podem surgir e formas de atuação

- **OBJECTIVO ESPECÍFICO:** Que no final da sessão os profissionais de saúde da UIA sejam capazes de enunciar:

- O que fazer **de imediato** se der entrada no SUP uma criança com sonda de gastrostomia de substituição exteriorizada?
- O que fazer se a sonda se encontrar obstruída?


- **SERÁ AINDA DISPONIBILIZADA:**

- Documentação sobre a formação

Etapas	Conteúdos programáticos	Métodos e técnicas pedagógicas	Recursos didáticos	Tempo (min)
Introdução	Apresentação do formador Apresentação do tema; Apresentação dos objectivos da sessão (geral e específico)	Método Expositivo	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Computador ➢ Power Point 	5'
Desenvolvimento	Conteúdos programáticos: <ul style="list-style-type: none"> ✓ O que é a Gastrostomia Percutânea Endoscópica ✓ Realização de Gastrostomia no Bloco Operatório ✓ Dados estatísticos ✓ Indicações para colocação de gastrostomia ✓ Alteração de sonda de gastrostomia de 1ª vez ✓ Manipulação de Material ✓ Cuidados após colocação de PEG ✓ Benefícios para pais e crianças ✓ Situações de Urgência / Complicações ✓ Equipa Multidisciplinar ✓ Enfermeiro Especialista 	Método Expositivo Visualização de um filme	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Computador ➢ Power Point 	25'
Conclusão	Conclusão da sessão e esclarecimento de dúvidas Ficha de avaliação da sessão	Método Expositivo Entrega de Folha de Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Suporte de Papel 	5'

Hospital Dona Estefânia
Serviço de Urgência Pediátrica

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA
CENTRAL DE



Gastrostomia Atuação do Enfermeiro no SUP

Enf Andreia Chaves
Aluna de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional com Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica
Orientada por Enf. Amílcar Alves
Novembro de 2012

1

Objetivo Geral

- Esclarecer a Equipa de Enfermagem:
 - O que é a Gastrostomia Endoscópica Percutânea (PEG)
 - Situações de urgência/ Complicações que podem surgir





↓

Formas de atuação

2

Objetivos Específicos


- Que os profissionais sejam capazes de enumerar:
 - O que fazer de imediato se der entrada no SUP uma criança com sonda de gastrostomia de substituição exteriorizada?
 - O que fazer se a sonda se encontrar obstruída?



3

O que é a gastrostomia percutânea endoscópica?

- É um procedimento efetuado, por meio de endoscopia digestiva alta, em que é criada uma abertura no estômago, com a finalidade de administrar alimentos ou medicamentos .



4

Realização de Gastrostomia no Bloco Operatório do HDE

Método Pull

5

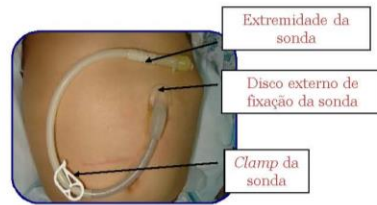


FILME ...



7

SONDA DE GASTROSTOMIA DE 1ª VEZ – PEG



8

A nossa realidade no Hospital Dona Estefânia (2012):

Foram efetuadas 6 gastrostomias percutâneas endoscópicas

Dados Estatísticos de 1 Janeiro de 2012 a 31 de Outubro de 2012 (DocBase)

9

Indicações para a realização de Gastrostomia

▪ Em pediatria, a causa mais frequente para a colocação de gastrostomia, ou seja, alimentação por via enteral, são crianças com doenças neurológicas, principalmente paralisia cerebral, seguida das doenças degenerativas do SNC



distúrbios da deglutição
disfagia progressiva

(Pimenta, 2010).

10

Indicações para a realização de Gastrostomia

- Atraso psicomotor,
- Fístulas traqueo-esofágicas,
- Anomalias congénitas,
- Síndrome do intestino curto,
- Suplemento de crianças mal nutridas.

11

Indicações para a realização de Gastrostomia

▪ A Gastrostomia Endoscópica Percutânea (PEG) é actualmente considerada o método ideal para a alimentação a longo prazo (mais de 3 semanas)

alternativa à alimentação oral
ou por sonda naso gástrica,

pouco invasivo, eficiente e seguro



(Witeck, 2009)

12

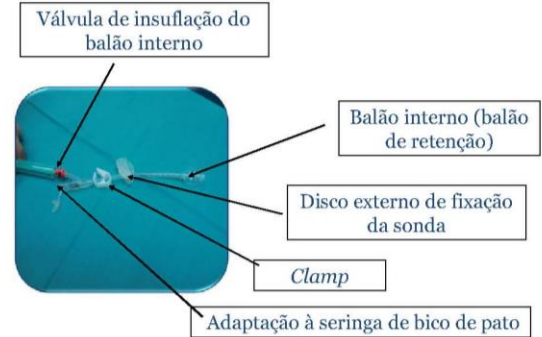
Alteração de PEG (1ª vez) para Botão ou sonda de gastrostomia

- A sonda de gastrostomia de 1ª vez pode ir até 6 meses;
- A substituição é feita no Bloco de Exames da Consulta de Gastreterologia com sedação;
- As substituições seguintes são feitas na Consulta de Gastreterologia não necessitando de apoio anestésico, apenas é necessário a criança ter jejum, cerca de 4 a 6 horas.



13

Sonda de Gastrostomia de Substituição



14

Alteração de PEG (1ª vez) para Botão ou sonda de gastrostomia

- Mais estético
- Idealmente requer manutenção de 6/6 meses



15

Manipulação de Material



16

Cuidados após colocação PEG

- Durante os primeiros 15 dias após a colocação da sonda limpar a zona do estoma com uma solução anti séptica – iodopovidona 10% solução cutânea.
- Após esta fase limpar o estoma com movimentos circulares, usando compressa e soro fisiológico/água e sabão;



17

Benefícios para a Criança

- Ganho de peso
- Fornecimento energético e de nutrientes necessários;
- Alimentação pode ser dada em bolus ou fraccionadamente
- Aumento do conforto



Benefícios para os PAIS

QUALIDADE DE VIDA

Diminui O Tempo Dispendido Na Alimentação



19

Benefícios para os PAIS

aceitação

menor pressão e
stress no momento
da alimentação



facilidade para manipulação
da gastrostomia

ESTETICAMENTE MAIS ACEITE QUANDO COMPARADA COM A SONDA NASOGÁSTRICA

Prevenção

- Desnutrição;
- Deficit de crescimento;
- Baixo Peso;
- Deficiências de micronutrientes;
- Osteopénia (diminuição da densidade mineral dos ossos)



Bleigh et al., 2005; Guller et al., 2005; Lopez Jimenez et al., 2010; *Intech, 2009

21

Situações de Urgência / Complicações

22

Sonda/botão Exteriorizado

- Se a sonda de gastrostomia é a inicial avisar o Médico Assistente;
- Se tem sonda/botão de gastrostomia de substituição colocar de imediato uma algália nº 20 no estoma, para que este não encerre;



Avisar o Médico Assistente ou Enfermeira de Referência da
Consulta de Gastrenterologia.

23

Rutura da sonda ou aparecimento de fissuras na superfície

- Fazer a substituição do material e avisar o Médico Assistente.

24

Sonda/botão não “roda” completamente

- Fazer girar a sonda empurrando para dentro muito suavemente;
- Se continuar sem girar (parecendo estar presa) contactar o Médico Assistente ou Enfermeira de referência da Consulta de Gastrenterologia.

25

Obstrução da sonda /botão

- Tentar desobstruir a sonda usando água com gás (ter atenção para não introduzir)
- Se persistir contactar o Médico Assistente ou enfermeira de referência da Consulta de Gastrenterologia

26

Irritação ou infeção da pele em redor do estoma

- Regular excesso de pressão e a distância entre o suporte externo da sonda e o estoma;
- Se existir perda de conteúdo do estômago e for abundante contactar o Médico Assistente ou enfermeira de referência da Consulta de Gastrenterologia.

27

Zona a volta do estoma está húmida e com saída de conteúdo do estômago

- Verificar se a porta de entrada da sonda se encontra fechada;
- Adaptar bem à parede abdominal o disco de fixação da sonda.
- Se a fuga persistir contactar o Médico Assistente ou Enfermeira de referência da Consulta de Gastrenterologia.

28

A Importância de uma equipa multidisciplinar



29

Equipa Multidisciplinar

- O sucesso da nutrição entérica por gastrostomia depende

↓
equipa multidisciplinar interessada e participativa

↓
famílias ou cuidadores devidamente informados e motivados

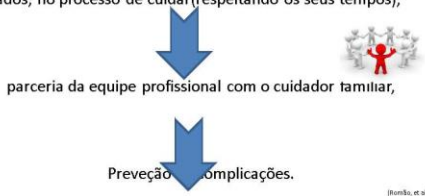


© 2013, 2011

30

A equipa de enfermagem

▪ Tem um papel importante, olhando para família como prestadora de cuidados, no processo de cuidar (respeitando os seus tempos),



parceria da equipe profissional com o cuidador familiar,

Prevenção de complicações.

(Romão, et al., 2008)

31

Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

32

Enfermeiro Especialista



Prestação de cuidados de elevado nível de qualidade

Promoção da satisfação da criança/família

Enfermeiro de Referência

Implementação de sistemas para a monitorização de custo/benefício

Gestão de Segurança

(OE, 2011) Padrões de Qualidade

33

Enfermeiro Especialista



Tem como responsabilidade:

- Motivar a equipa de enfermagem
- Envolver a equipa para a elaboração/participação de folhetos/projetos
- Caminharem de “mãos dadas” com vista a atingir uma meta traçada e definida por todos

34

Dúvidas



35

Bibliografia

- Cabral, José - *Dificuldades alimentares na PC: Indicações da Gastrostomia* (2012). Exposição Oral
- JIMÉNEZ, D. G.; MARTIN, J. J.; GARCÍA, C. B.; TREVIÑO, S. J. - Patología gastrointestinal en niños con parálisis cerebral. *Anales de Pediatría*. Barcelona 73:06 (2010) 361 e1-e6
- PEREIRA, F. - A gastrostomia Endoscópica na Nutrição Entérica da Criança. *Jornal Português de Gastroenterologia*. Porto. 18 (2011) 268-269
- PIMENTA, Joana Novais – *Gastrostomia endoscópica percutânea: A sua importância na criança*. Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina orientada pelo orientador Dr. Fernando Pereira e apresentada no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar no Porto em 2010
- ROMÃO, C. P.; ALMENDIDA, S. B.; PONCE DE LEON, C. G. - Pacientes Gastrostomizados: enfrentamento dos cuidadores no domicílio. *Revista Eletrónica de Enfermagem do UNEURO*. Brasília 1:2 (2008) 18-34

36

Bibliografia

- WHALEY, Lucille; WONG, Donna – **Enfermagem Pediátrica – Elementos Essenciais à Intervenção Efectiva**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1995, pp. 644, 659-660.
- WITECK, Camila - *Gastrostomia percutânea endoscópica em crianças: complicações associadas*. Curso de Graduação em Medicina orientado pela Dra. Mónica Lisboa Chang Wayhs na Universidade Federal de Santa Catarina em Florianópolis em 2009
- Folheto informativo cedido pela equipa médica de Gastrenterologia do Hospital de Dona Estefânia: FERNÁNDEZ, Victoria e CAÑÓN, Pilar – **Sondas para Gastrostomia Pediátricas - Instrucciones para su Cuidado**. Madrid: Novartis Medical Nutrition.
- Dados estatísticos, do programa DocBase
- Folheto Grifols

Obrigado



DS



Ficha de Avaliação da Sessão de Formação

Tema: Gastrostomia: Atuação do Enfermeiro no Serviço de Urgência Pediátrica

Data: Dia 28 de Novembro de 2012

Formadora: Andreia Vanessa Cravo Chaves

Agora, que a sessão terminou, gostaria de saber a sua opinião de como esta decorreu, de modo a detectar algumas falhas para poder melhorar sessões futuras. Assim, pedia a sua colaboração, para o preenchimento deste pequeno formulário que é anónimo.

Responda a cada item colocando uma Cruz (X) na coluna que melhor indica a sua avaliação.

Relativamente à Organização:

	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade				
Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.				
A duração da formação foi adequada.				
O horário da formação foi adequado.				
A divulgação da formação foi suficiente.				

<u>Relativamente ao Formador:</u>	Totalmente	Muito	Alguns	Nenhum
Domínio dos conteúdos apresentados				
A linguagem utilizada foi clara e acessível				
Clareza na transmissão dos conhecimentos.				
Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.				
Interação com o grupo.				
Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.				

<u>Relativamente aos Conteúdos:</u>	Totalmente	Muito	Alguns	Nenhum
As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas				
Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.				
Foram abordados todos os pontos que consideraram importantes.				

• O que de fazer de imediato se der entrada no SUP uma criança com sonda de gastrostomia de substituição exteriorizada?

• O que fazer se a sonda se encontrar obstruída?

Muito Obrigada pela sua Colaboração

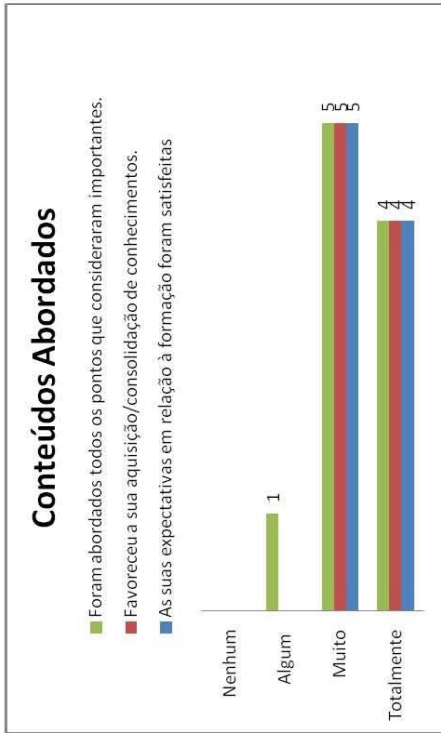
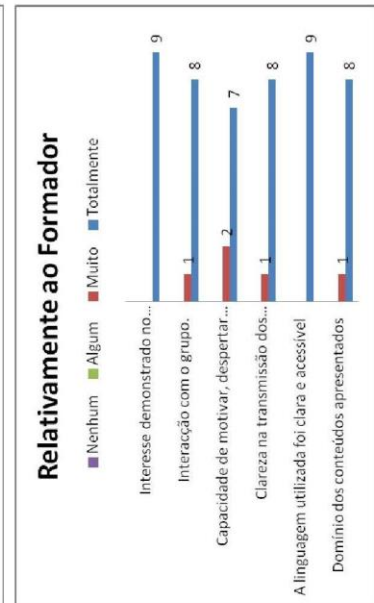
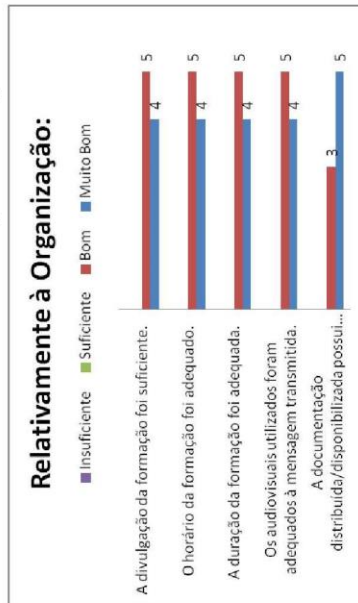
Andreia Chaves



Avaliação da Sessão de Formação: Gastrostomia – Atuação do Enfermeiro no Serviço de Urgência Pediátrica

A formação teve lugar no Serviço de Urgência Pediátrica no dia 28 de Novembro de 2012, na sala de enfermagem, pelas 16:00h, com duração de cerca de 40 min, estando presentes 7 elementos da equipa de enfermagem e 2 alunas do curso de licenciatura em enfermagem. A sessão resultou da necessidade de formação da equipa, sobre a temática “o que é a gastrostomia”, a pedido e em opinião do Enfermeiro Chefe do SUP e orientador de estágio. Esta formação teve como objetivo melhorar a prestação de cuidados de enfermagem às crianças que recorrem ao SUP com gastrostomia, com uma atuação prioritária em situações de urgência. No final foram distribuídos formulários para avaliar a sessão e se os objetivos propostos foram atingidos.

Os resultados obtidos relacionados com a formação foram os seguintes:

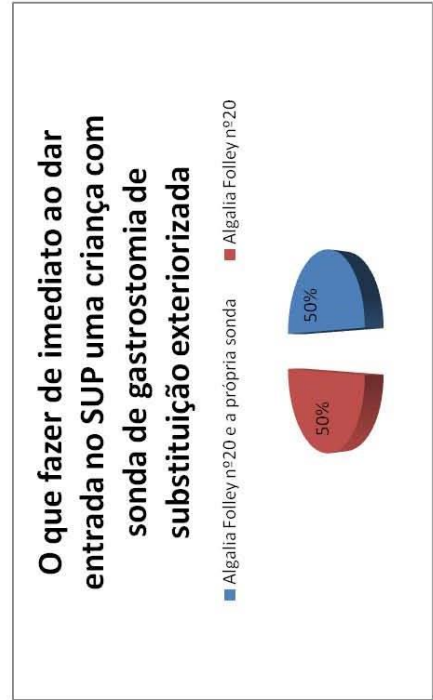


Relativamente à organização da sessão, esta foi classificada maioritariamente como bem organizada em opinião de todos os presentes durante a sessão de formação.

O formador foi avaliado positivamente, tendo demonstrado interesse e capacidade de interação com o grupo, motivando-os e transmitindo os conteúdos de modo claro.

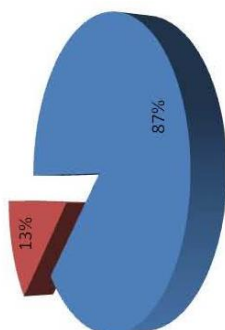
Os conteúdos abordados foram classificados como pertinentes tendo contribuído para a aquisição de novos conhecimentos por parte da equipa de enfermagem.

As perguntas de resposta aberta para avaliar os objetivos da sessão tiveram os seguintes resultados:



O que fazer se sonda obstruída?

■ Bebida com gás (água, coca cola) ■ Usar método de vácuo



A equipe multidisciplinar de Enfermagem tem papel de suma importância, por deter conhecimento em todas as áreas que envolvem o cuidar, assim como habilitação para execução de técnicas e procedimentos (ROMÃO, et al., 2008). Assim, a família ao estar informada, as habilidades e autonomia no cuidado com a criança tornam-se evidentes favorecendo o estado de saúde da criança, desenvolvendo um cuidado quotidiano de qualidade prevenindo recidivas e agravos à saúde da criança com doença crónica (ARAÚJO, et al., 2009).

No estudo de PIMENTA (2010), efetuado num Centro Hospital do Norte do País, dois pais/cuidadores, salientaram a inexistência de profissionais de saúde, noutros hospitais que não o em questão, com conhecimento adequado da sonda e consequentemente com incapacidade de resolver as complicações relacionadas com ela. Cabe por isso ao EESIP procurar ter conhecimentos em diversas áreas, de forma a poder dar resposta a estas famílias, fazendo assim a diferença de um enfermeiro generalista. É salientado por um pai/cuidador a necessidade de percorrer uma longa distância de todas as vezes que o botão precisa de ser mudado (PIMENTA, 2010).

De acordo com a Norma Multisectorial nº1245, existente no HDE, as respostas foram dadas adequadamente. Pois se der entrada no SUP uma criança com sonda exteriorizada esta deve ser reintroduzida de imediato ou colocar uma algália foley nº20 (calibre da sonda de gastrostomia), evitando o encerramento do estoma e posteriores procedimentos dolorosos, como dilatações para reintrodução de sonda de gastrostomia.

Gostaria de mencionar que um dos questionários foi entregue com as perguntas de resposta aberta em branco, sem qualquer preenchimento.

Assim termino a avaliação da sessão, concluindo que os objetivos específicos enunciados foram atingidos em pleno, sendo que as respostas foram dadas corretamente de acordo com o abordado durante a sessão e descrito na literatura.

Bibliografia:

- ARAÚJO, Yana. Balduino [et al.] – Conhecimento da família acerca da doença crónica na infância. *Texto Contexto Enfermagem*. Florianópolis. 18:3 (2009) 498-505.
- PIMENTA, Joana Novais – *Gastrostomia endoscópica percutânea: A sua importância na criança*. Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina orientada pelo orientador Dr. Fernando Pereira e apresentada no Instituto de Ciências Biomedicas Abel Salazar no Porto em 2010
- ROMÃO, C. P.; ALMENIDA, S. B.; PONCE DE LEON, C. G. - Pacientes Gastrostomizados: enfrentamento dos cuidadores no domicílio. *Revista Elettronica de Enfermagem do UNIEURO*. Brasília 1:2 (2008) 18-34
- HDE – Procedimento Sectorial Área de Pediatria Médica: Cuidados de enfermagem à criança com gastrostomia. TRC nº1245. Setembro de 2012

***Anexo XXI – Norma “Cuidados à criança com gastrostomia” e
“Sonda de gastrostomia exteriorizada”***

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, Lda	Procedimento Sectorial Área de Pediatria Médica	TRC.1245
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM GASTROSTOMIA EXTERIORIZADA	

APROVAÇÃO

1. OBJECTIVO

- Sensibilizar e informar a Equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência Pediátrica para atuar em situação de urgência, em caso de exteriorização de sonda/botão de gastrostomia de crianças/pais que recorrem ao SUP do Hospital Dona Estefânia;
- Uniformizar os procedimentos de enfermagem no Hospital Dona Estefânia;

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Equipa de Enfermagem da Área da Urgência Pediátrica.

3. RESPONSABILIDADES

3.1. Pela implementação do procedimento: Equipa de Enfermagem da Área do Serviço de Urgência Pediátrica do HDE.

3.2. Pela revisão do procedimento: Enf. Chefe do Serviço de Urgência Pediátrica.

4. DEFINIÇÕES

Sonda / Botão de Gastrostomia – Consiste numa sonda/botão de alimentação que se encontra colocada na cavidade gástrica através de um estoma (gastrostomia), como a finalidade de fornecer um aporte nutricional adequado aos utentes com dificuldade ou impossibilidade de se alimentarem oralmente, permitindo assim a introdução direta de nutrientes no estômago. Esta alimentação é considerada uma

Enf. Andreia Chaves	ELABORAÇÃO
CQSD	VERIFICAÇÃO
EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO
	Nº PÁGS.
	1/4

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, Lda	Procedimento Sectorial Área de Pediatria Médica	TRC.1245
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM GASTROSTOMIA EXTERIORIZADA	

forma confortável e adequada de alimentar a criança durante longos períodos de tempo.

5. SIGLAS E ABREVIATURAS

Enf. - Enfermeiro
HDE – Hospital Dona Estefânia
SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

6. REFERÊNCIAS

- Folheto informativo cedido pela equipa médica de Gastroenterologia do Hospital de Dona Estefânia: FERNÁNDEZ, Victoria e CAÑÓN, Pilar – **Sondas para Gastrostomia Pediátricas - Instrucciones para su Cuidado**. Madrid: Novartis Medical Nutrition.
- Tubo de Gastrostomia de nível cutâneo com balão: Manual de cuidados e manutenção. Tyco Healthcare group Ip: Mansfield. 2009 91-103

7. DESCRIÇÃO

CONSIDERAÇÕES GERAIS

- Uma das principais complicações que podem surgir, às crianças/famílias com gastrostomia, é a exteriorização da sonda, resultante de diversos fatores, tais como: alterações da própria sonda de gastrostomia ou por tração provocada pela criança ou pais (criança puxa a sonda; sonda fica presa em algum lugar, etc).
- Em caso de exteriorização de sonda/botão de gastrostomia é necessário atuar de imediato, para que o estoma não volte a encerrar e a criança fique sujeita a dilatações do estoma, o que é um procedimento doloroso, necessitando por vezes de apoio anestésico.

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO
	Nº PÁGS.
	2/4

	Procedimento Sectorial Área de Pediatria Médica	TRC.1245
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM GASTROSTOMIA EXTERIORIZADA	

8. ANEXOS
8.1 Impressos
8.2 Outros

	Procedimento Sectorial Área de Pediatria Médica	TRC.1245
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM GASTROSTOMIA EXTERIORIZADA	

Casos de Urgência / Complicações

Exteriorização da sonda/botão

- Se a sonda de gastrostomia é a inicial avisar de imediato o Médico Assistente;
- Se é uma sonda/botão de gastrostomia de substituição colocar de imediato uma algália nº 20 no estoma ou a própria sonda segurando-a com adesivo, evitando o encerramento do estoma; avisar o Médico Assistente ou Enfermeira de referência da Consulta de Gastroenterologia.

Rutura da sonda ou aparecimento de fissuras na superfície

- Fazer a substituição do material e avisar o Médico Assistente.

Sonda/botão não roda completamente

- Girar a sonda empurrando para dentro muito suavemente;
 - se continuar sem girar (parecendo estar presa) contactar o Médico Assistente ou Enfermeira de referência da Consulta de Gastroenterologia, pois a criança aumenta de peso.

Obstrução da sonda /botão

- Tentar desobstruir a sonda usando água com gás (vácuo), ter atenção para não introduzir;
 - se continuar contactar o Médico Assistente ou enfermeira de referência da Consulta de Gastroenterologia.

Irritação ou infeção da pele em redor do estoma

- Regular excesso de pressão e a distância entre o suporte externo da sonda e o estoma;
- Se existir perda de conteúdo do estômago e for abundante contactar o Médico Assistente ou enfermeira de referência da Consulta de Gastroenterologia.

Zona a volta do estoma húmida e com saída de conteúdo do estômago

- Verificar se a porta de entrada da sonda se encontra fechada;
- Adaptar bem à parede abdominal o disco de fixação da sonda.
- Se a fuga persistir contactar o Médico Assistente ou Enfermeira de referência da Consulta de Gastroenterologia.

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
		4/4

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
		3/4

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, Lda	Procedimento Sectorial Área de Pediatria Médica	TRC.1245
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM GASTROSTOMIA	

APROVAÇÃO

1. OBJECTIVO

- Sensibilizar a Equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) para a importância dos cuidados a ter com a Gastrostomia Percutânea Endoscópica (PEG);
- Uniformizar procedimentos de enfermagem no Hospital Dona Estefânia;

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Equipa de Enfermagem do SUP.

3. RESPONSABILIDADES


- 3.1. Pela implementação do procedimento: Equipa de Enfermagem do SUP do HDE
- 3.2. Pela revisão do procedimento: Enf. Chefe do Serviço de Urgência Pediátrica

4. DEFINIÇÕES

PEG (Gastrostomia Percutânea Endoscópica) - É um procedimento cirúrgico, efetuado através de endoscopia digestiva alta sob anestesia, em que exige um acesso artificial ao tubo digestivo por períodos longos ou definitivos, com a finalidade de administrar alimentos, líquidos e medicamentos a crianças que têm problemas em alimentar-se oralmente.

Enf. Andreia Chaves	ELABORAÇÃO
CQSD	VERIFICAÇÃO

EDIÇÃO Dezembro 2012	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS. 1/9
-------------------------	----------------	-----------------

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, Lda	Procedimento Sectorial Área de Pediatria Médica	TRC.1245
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM GASTROSTOMIA	

5. SIGLAS E ABREVIATURAS

- HDE – Hospital Dona Estefânia;
PEG – Gastrostomia Percutânea Endoscópica
SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

6. REFERÊNCIAS

- TRC-1245 – Cuidados de Enfermagem à Criança com Gastrostomia
WHALEY, Lucille; WONG, Donna – **Enfermagem Pediátrica – Elementos Essenciais à Intervenção Efectiva**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1995, pp. 644, 659-660.
- Folheto informativo cedido pela equipa médica de Gastroenterologia do Hospital de Dona Estefânia: FERNÁNDEZ, Victoria e CAÑÓN, Pilar – **Sondas para Gastrostomia Pediátricas - Instrucciones para su Cuidado**. Madrid: Novartis Medical Nutrition.

7. DESCRIÇÃO

CONSIDERAÇÕES GERAIS

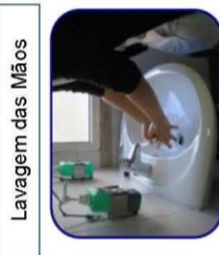
- A PEG utiliza a via enteral nos doentes com trato gastrointestinal funcionante, mas com inabilidade ou impossibilidade de alimentação via oral;
- Em pediatria, a causa mais frequente para a colocação de gastrostomia, ou seja, alimentação por via enteral, são crianças com doenças neurológica, principalmente paralisia cerebral, seguida das doenças degenerativas do SNC.
- Existem outras indicações para a colocação de gastrostomia nomeadamente: crianças com atraso psicomotor, fistulas traqueo-esofágicas, anomalias congénitas, síndrome do intestino curto, suplemento de crianças mal nutridas etc.
- A sonda de gastrostomia de 1ª vez pode ter a duração de até 6 meses;
- A substituição desta, por sonda/botão de substituição é feita no Bloco de Exames da Consulta de Gastroenterologia com sedação.

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS. 2/9
--------	----------------	-----------------

 <p>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, L.P.E.</p>	<p>Procedimento Sectorial Área de Pediatria Médica</p>	<p>TRC.1245</p> <p>CUIDADOS DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM GASTROSTOMIA</p>

- As substituições seguintes são feitas na Consulta de Gastroenterologia não necessitando de apoio anestésico, apenas é necessário a criança ter jejum, cerca de 4 a 6 horas.

CUIDADOS COM A PEG



Lavagem das Mãos



Higiene Oral

SONDA DE GASTROSTOMIA DE 1ª VEZ – PEG

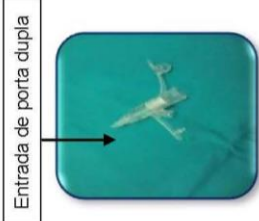


Extremidade da sonda

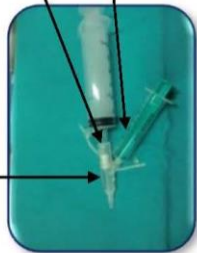
Disco externo de fixação da sonda

Clamp da sonda

 <p>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, L.P.E.</p>	<p>Procedimento Sectorial Área de Pediatria Médica</p>	<p>TRC.1245</p> <p>CUIDADOS DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM GASTROSTOMIA</p>



Entrada de porta dupla



Adaptação à extremidade da sonda

Adaptação à seringa de bico de pato

Adaptação às seringas

BOTÃO DE GASTROSTOMIA/SONDA DE SUBSTITUIÇÃO

Botão de Gastrostomia (Com Balão)

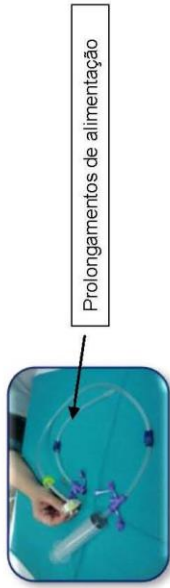


Kit de botão de substituição com balão

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
		3/9

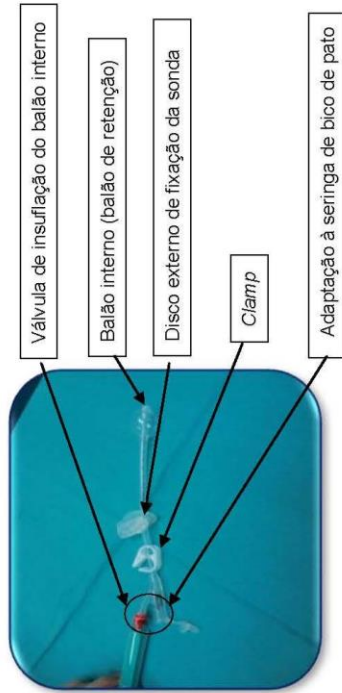
EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
		4/9

	Procedimento Sectorial Área de Pediatria Médica	TRC.1245
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM GASTROSTOMIA	



Prolongamentos de alimentação

Sonda de Gastrostomia de Substituição




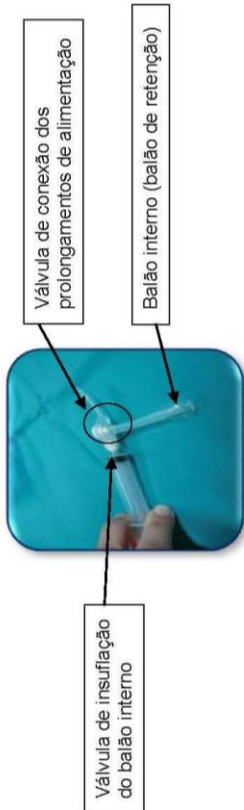
- Válvula de insuflação do balão interno
- Balão interno (balão de retenção)
- Disco externo de fixação da sonda
- Clamp
- Adaptação à seringa de bico de pato

CUIDADOS DE MANUTENÇÃO DA SONDA/BOTÃO



- Limpar diariamente a parte externa e interna da sonda/botão de Gastrostomia:
 - parte externa utilizar água e sabão,
 - parte interna usar água e um cotonete ou compressa.
- Efectuar frequentemente a rotação da sonda/botão de Gastrostomia 360 graus de forma a evitar aderências à pele.
- Na sonda verificar se o travão se encontra fechado quando a sonda não está a ser usada.

	Procedimento Sectorial Área de Pediatria Médica	TRC.1245
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM GASTROSTOMIA	



Válvula de insuflação do balão interno



Válvula de conexão dos prolongamentos de alimentação



Botão de Gastrostomia (Sem Balão)




Kit de botão de substituição com balão



Válvula de conexão dos prolongamentos de alimentação

EDIÇÃO	PROXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
		6/9

EDIÇÃO	PROXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
		5/9

	Procedimento Sectorial Área de Pediatria Médica	TRC.1245
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM GASTROSTOMIA	



- Deve-se evitar que a sonda fique presa, evitar que a criança a puxe e que acidentalmente seja exteriorizada, ou provoque lesões na região do estoma.

CUIDADOS AO ESTOMA

- Observar diariamente as características do estoma e da pele envolvente para despistar: irritação da pele e aparecimento de secreção gástrica;



- Durante os primeiros 15 dias após a colocação da sonda limpar a zona do estoma com uma solução anti séptica – iodopovidona 10% solução cutânea.
- Após esta fase limpar o estoma com movimentos circulares, usando compressa e soro fisiológico/água e sabão;



- Não aplicar loções ou cremes hidratantes na região peri-estomal (obstruem os poros da pele, mantendo-a húmida);
- Colocar compressa não têxtil, (com um pequeno corte a meio) em redor da sonda, mudando-a frequentemente;

	Procedimento Sectorial Área de Pediatria Médica	TRC.1245
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM GASTROSTOMIA	



- A colocação de compressa não têxtil em redor da sonda, apesar de ser vista como meio propício à proliferação bacteriana, pode ser benéfica quando há exsudado ou extravasamento do conteúdo alimentar, mantendo o local menos húmido e protegendo a pele;
- A criança pode tomar banho diariamente, de preferência de chuveiro, tendo sempre o cuidado de fechar as portas de entrada da sonda.

COMO ALIMENTAR A CRIANÇA COM GASTROSTOMIA

- Os alimentos devem ser administrados à temperatura ambiente;
- A consistência dos alimentos é adequada ao calibre da sonda;
- Colocar a criança confortavelmente (inclinação de 30-45 graus);
- O tempo de administração não deve ser inferior a 15 a 30 minutos;

Antes de cada administração:

- Confirmar sempre se a sonda se encontra no estômago através da aspiração do conteúdo gástrico e observar as características do resíduo gástrico se houver.

Após cada administração:

- Confirmar se as portas de entrada estão bem fechadas evitando a saída de conteúdo gástrico;
- Deve lavar a sonda introduzindo 10 ml a 20 ml de água para evitar a acumulação de alimentos e seguidamente introduzir ar para que a sonda fique sem alimento/água;

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS. 7/9
--------	----------------	-----------------

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS. 8/9
--------	----------------	-----------------

 <p>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE</p>	<p>Procedimento Sectorial Área de Pediatria Médica</p>	<p>TRC.1245</p>
	<p>CUIDADOS DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM GASTROSTOMIA</p>	

- Após a administração da alimentação a criança deve manter-se sentada ou se permitido deve deambular.

ADMINISTRAÇÃO DE FÁRMACOS

- Evitar a administração simultânea de fármacos incompatíveis entre si (depende do fármaco a administrar) e lavar a sonda entre cada fármaco que se administra;
- Triturar bem os fármacos, convertendo-os em pó fino;



- Administrar 10-20 ml de água a cada administração de fármacos.



Se a criança estiver a ser alimentada, por bomba infusora de alimentação entérica fazer pausa na bomba interrompendo a alimentação

- Fazer pausa na bomba interrompendo a alimentação;
- Introduzir a seringa pela porta de entrada de medicação;
- Lavar a sonda com 10 a 20 ml de água;
- Introduzir o medicamento;
- Lavar novamente a sonda com 10 a 20 ml de água;
- Fechar a porta de entrada para a medicação;
- Reiniciar a alimentação contínua.

8. ANEXOS

8.1 Impressos

8.2 Outros

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
		9/9

Anexo XXII - Cartaz informativo “Proteja o seu filho dos acidentes em casa”

Proteja o seu filho (1 aos 4 anos) dos acidentes em casa



<http://mini-manuais.blogspot.pt/2008/11/inovacoes.html>

Guarde os medicamentos e produtos de limpeza em armários altos e trancados



<http://www.doutorpractica.net/cuidados2a6.htm>

Proteja as tomadas elétricas
Utilize as bocas de trás do fogão
Coloque tachos e panelas com os cabos voltados para trás
Nunca deixe o ferro de engomar ligado



<http://www.doutoraprilia.kit.net/cuidados2a6.htm>

Proteja as escadas e janelas com gradeamento ou rede



<http://equilibrists.com.br/iaa/2%2C2%2BA-ao-4%2C2%2BA-ano-de-vida/>

Proteja as piscinas com grades
Não deixe que a criança tome banho sem a presença de um adulto
A criança deve sempre utilizar boia ou braçadeiras



<http://www.doutorpractica.net/cuidados2a6.htm>

Ensine o seu filho a:
não dar festas aos animais que vir na rua
não mexer num animal enquanto ele dorme ou come

Dê o Exemplo – As Crianças imitam os adultos

Bibliografia:
• PORTAL DA SAÚDE - Prevenir acidentes domésticos com crianças 2005. <http://www.portalda.saude.pt/porta/comunicos/enciclopedia-da-saude/infancia/Accidentes%20casas.htm> 28-10-2012 22:14
• OLIVEIRAS, CAMPOS, JÁ, VIANA, MIRA - Prevenção de Acidentes. In: Martins e cols. Semiólogia da Criança e do Adolescente. Rio de Janeiro: Medbook, 2010
http://www.medicina.ufmg.br/noticias/wp-content/uploads/2011/10/Acidentes_crianças.pdf. 16-10-2012 21:00
• Acidentes mais comuns na infância por faixa etária. <http://www.maedeminas.com.br/publicacoes/atencao-a-saude-da-crianca/files/assets/downloads/page0038.pdf>
<http://www.medpedia.pt/home.php?module=artigo&id=836>

Poste Elabrado por:
Enf. Andreia Chaves
Aluna de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional com Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica
Orientado pela Enf. Amílcar Alves

JUSTIFICAÇÃO DOS TEMAS ABORDADOS NO POSTER

Afogamento

O afogamento é responsável por meio milhão de mortos por ano, em todo o mundo, continuando a ser a 2ª causa de morte accidental nas crianças, ultrapassada apenas, pelos acidentes rodoviários (APSI, 2011). Em Portugal, entre 2002 e 2008, 144 crianças e jovens morreram na sequência de um afogamento (APSI, 2009, 2010), sendo uma área de importante intervenção em Portugal.

Segundo o estudo efetuado pela APSI, entre 2005 e 2010, registaram-se na imprensa, 90 casos de afogamentos de crianças e jovens até aos 18 anos, sendo que a idade com maior incidência é entre os 0 e os 4 anos com 35%. A faixa etária mais “atingida” são as crianças até aos 4 anos (50% dos internamentos e 35% recortes de imprensa).

Quedas

Segundo os dados, recolhidos pela APSI, entre 2000 e 2009, a partir dos dados do Instituto Nacional de Estatística, Organização Mundial de Saúde e Alto Comissariado da Saúde a maior parte das crianças e jovens que morreram e foram internadas na sequência de uma queda são do sexo masculino (76% das mortes, 69% dos internamentos), sendo que o maior número de mortes ocorreu entre os 15 e os 19 anos (24 casos) e o 1 e os 4 anos (19 casos).

A análise dos dados recolhidos pelo ADÉLIA (respeitantes a aproximadamente 50.000 idas às urgências, entre 2003 e 2008) mostram que 41% das quedas aconteceram em casa e 34% na escola. Em casa mais de metade das quedas (53%) ocorre com crianças até aos 4 anos. A análise dos dados recolhidos pelo ADÉLIA, respeitantes a 49.557.000 idas às urgências, entre 2003 e 2008, na sequência de uma queda accidental, permitem verificar que: 32% das crianças tinham idade compreendida entre os 0 e os 4 anos; ADÉLIA (Acidentes Domésticos E de Lazer - Informação Adequada) é um sistema de monitorização, vigilância e registo dos acidentes domésticos e de lazer nos serviços de urgência dos hospitais e dos centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde, em Portugal.

Intoxicações

As intoxicações, segundo o CIAV – Centro de Informação Antivenenos em 2007, registou 10.673 casos de intoxicação com crianças, sendo que mais de 69% destes casos envolveram crianças dos 1 aos 4 anos de idade, justificando mais uma vez a pertinência desta faixa etária, sendo que a maioria das intoxicações ocorre no domicílio ou nas imediações, estando os medicamentos na origem de cerca de 54% das intoxicações, sendo de extrema importância os principais cuidadores terem informação de como acondicionarem estas substâncias (APSI e CIAV, 2011).

BIBLIOGRAFIA

APSI – Quedas em crianças e jovens: um estudo retrospectivo (2000-2009) http://www.facebook.com/note.php?note_id=171017112951436 23-11-2012 14:30

APSI - Afogamentos em crianças e jovens até aos 18 anos, em português resumo e principais conclusões <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/DAC83CF5-E0FC-4DB1-AA58-0EF225279B8/0/Relat%C3%B3rioGlobaldeAfogamentos20022010.pdf>. 01-06-2012 22:34

Venenos e medicamentos intoxicam 30 crianças/dia em Portugal <http://paispedroiv.wordpress.com/2008/11/13/venenos-e-medicamentos-intoxicam-30-criancas-dia-em-portugal/>. 23-11-2012 15:45

Anexo XXIII – Questionário aos pais de crianças com estomas



Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional com Especialização em Saúde

Infantil e Pediátrica

III Módulo de Estágio

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Hospital Dona Estefânia

Exmos. Senhores

O meu nome é Andreia Chaves, e encontro-me a frequentar o estágio do Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, cujo tema do meu projeto é “ a criança com doença crónica gastrointestinal, com necessidades especiais de alimentação”. Neste sentido solicito a vossa colaboração para o preenchimento do seguinte questionário, de modo a colmatar as necessidades sentidas com vista à excelência dos cuidados prestados nesta unidade.

O questionário será anónimo e confidencial. Poderá no final do estudo, consultar as conclusões do mesmo, através de um exemplar que ficará no serviço.

Obrigada pela sua participação

Enfermeira Andreia Chaves

Aluna do Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, orientado pela Enfermeira Especialista em SIP Tânia Pereira



Questionário à criança/família com estomas (ostomias)

1. Antes do seu filho/a ir ao Bloco Operatório para a realização de um estoma, sabia o significado da palavra “*estoma*”?
 Sim
 Não
2. Sente que foi esclarecido totalmente pela equipa sobre o que era um estoma (ileostomia, colostomia) ? (como vai ser feito, o que vai acontecer depois, como vai dar banho, etc)
 Sim
 Não
3. Acha importante a existência de um folheto com a explicação do que é o estoma e os cuidados a ter, para que possa levar para casa?
 Sim
 Não
4. Se respondeu **SIM** à questão anterior, indique com uma (X) os temas que acha pertinentes e que gostaria de ver desenvolvidos num folheto:

O que é um estoma	
Porquê que o meu filho vai fazer um estoma	
Cuidados de higiene ao estoma	
Frequência de mudança de placas	
Conhecimento do material	

Tem alguma pergunta ou dúvida que gostaria de ver explicada, mas que ainda não teve oportunidade de a colocar? Se **SIM**, indique em baixo.

Opiniões e Sugestões:

Muito Obrigada pela sua colaboração!

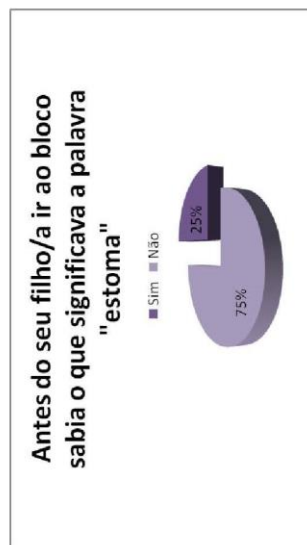
Enf. Andreia Chaves

Avaliação do questionário aplicado aos pais

No decorrer do estágio inserido no Módulo III, em contexto de cuidados intensivos, que teve lugar na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital Dona Estefânia, surgiu a necessidade de efetuar uma atividade não mencionada no projeto, com o objetivo de compreender o conhecimento e a informação que os pais de recém-nascidos têm relativamente à criança com estomas intestinais.

Os questionários foram distribuídos entre 15 de Dezembro e 15 de Janeiro, a pais de crianças internadas na UCIN com estomas. Durante este período a taxa de ocupação da UCIN de RN com estomas foi de 4 crianças, sendo que a taxa de entrega de questionários preenchidos foi de 100%.

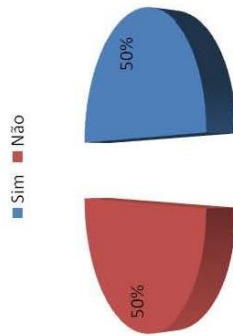
Os resultados obtidos foram os seguintes:



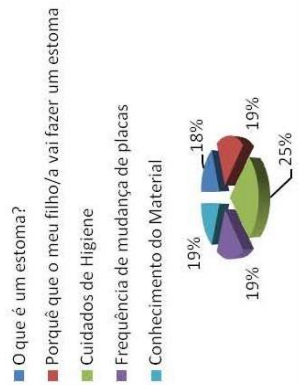
PIMENTA (2010) num estudo sobre crianças portadoras de um estoma – gastrostomia - invoca a necessidade de se promover o contacto prévio entre pais de crianças portadoras de gastrostomia, para que possam partilhar dúvidas e experiências, abordando temas usuais. No referido estudo, de 22 pais apenas seis referiram o conhecimento de crianças com gastrostomia e apenas um ter ouvido falar sobre este método de alimentação através de uma assistente do Centro de Paralisia Cerebral. Assim é importante alertar para a necessidade do EESIP divulgar informação sobre as ostomias junto daqueles que trabalham nas associações de apoio a estas crianças (ROLLINS, 2006). Os grupos de apoio poderão assim ajudar no encontro de esperança, através do estabelecimento de

objetivos e metas reais, tendo como base a motivação, dando força para continuar (SNYDER e LOPEZ 2009). O EESIP valoriza os cuidados antecipatórios como um fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, facultando aos pais os conhecimentos necessários ao melhor desempenho da sua função parental, e à condição da criança, melhorando a qualidade de vida e reduzindo os internamentos hospitalares, tal como foi referido na conferência da Ordem dos Enfermeiros (2008). Deste modo, as populações ficam mais habilitadas para controlar a sua saúde e o ambiente e fazer opções conducentes à saúde (Carta de Ottawa 1986).

Sente que foi esclarecido pela equipa sobre o que era um estoma



Temas que gostaria de ver abordados no folheto



De acordo com o resultado dos questionários entregues, e após a sua avaliação, constata-se que os pais atribuem importância à existência de um documento escrito que contemple informação referente aos estomas, sendo que 75% afirma não ter conhecimento do que é um estoma. Assim sendo foi elaborado um manual que contempla a informação que os pais assinalam como relevantes, que ficará no serviço para a distribuição sempre que necessário e pertinente.

BIBLIOGRAFIA

- ✓ 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. *Carta de Ottawa para a promoção da saúde*. 1986.
<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf> 22-05-2012 21:30
- ✓ PIMENTA, Joana Novais – *Gastrostomia endoscópica percutânea: A sua importância na criança*. Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina orientada pelo orientador Dr. Fernando Pereira e apresentada no Instituto de Ciências Biomedicas Abel Salazar no Porto em 2010
- ✓ ROLLINGS, H. – The psychosocial impact on parents of tube feeding their child. *Paediatric Nursing*. 18:4 (2006) 19-22.
- ✓ SNYDER, C; LOPEZ, S. - *Psicologia positiva. Uma abordagem científica e prática das qualidades humanas*. Porto Alegre: Artmed, 2009, 516p. ISBN: 978-85-363-1656-7.

Anexo XXIV – Manual “O meu filho/a tem um estoma: o que preciso de saber”

O MEU FILHO/A TEM UM ESTOMA

O que preciso de saber?



http://www.ostomy.com.br/imagens/ostoma01.jpg

O MEU FILHO/A TEM UM ESTOMA

O que é um estoma?

- Um estoma é uma “boca” ou abertura, que é criada através de uma cirurgia
- Geralmente são temporários
- Permite a comunicação artificial entre os órgãos até ao meio externo



- Drenagem
- Eliminações de fezes ou urina
- Descomprimir
- Aliviar tensão
- Recuperar a função do órgão “doente”

Porquê que o meu filho vai fazer um estoma?

Porque apresenta uma malformação congénita (alteração ou defeito num órgão que se verifica no nascimento)

Tipos de Estomas de

Eliminação

Colostomia

Intestino Grosso

Ileostomia

Intestino Delgado

Nefrostomia

Aparelho Urinário

Ostomias intestinais ou urinárias são aberturas feitas na parede do abdómen através de uma cirurgia, com o objetivo de eliminar fezes e/ou urina por este local, não podendo ser controlado voluntariamente.

O MEU FILHO/A TEM UM ESTOMA

Cuidar do Estoma

- Preparar e reunir todo o material necessário para trocar o saco coletor e placa
- Começar por **retirar** a placa **de cima para baixo**
- Limpar toda a pele em volta do estoma com água morna e sabão neutro (azul e branco ou glicerina)
- Secar bem a pele após a limpeza, com toalha macia e toques suaves
- Não aplicar perfumes, cremes ou outras substâncias a não ser com indicação médica ou do enfermeiro

- Medir o tamanho do estoma com um molde (saco plástico)
 - Marcar o tamanho no papel e recortar
 - Retirar o papel protetor da placa e **adaptar** sobre o estoma pressionando sobre a pele **de baixo para cima**.
 - Manter a criança deitada, neste momento, colocando o saco para a parte lateral da criança, para uma melhor limpeza e manipulação;
 - No final certificar que ficou tudo bem adaptado sem fuga de fezes ou urina
- O saco troca-se de ___ em ___ dias, ou sempre que necessário



O MEU FILHO/A TEM UM ESTOMA

Esvaziar o saco

- Este deve ser esvaziado sempre que tenha metade da sua capacidade preenchida de modo a evitar saída de fezes ou urina;
- O conteúdo deve ser desperdiçado para um recipiente e ou mesmo para a sanita;
- Deve ser sempre avaliada as características das fezes e urina
 - Quantidade
 - Cor
 - Cheiro
 - Aspeto

Conhecimento do material



O MEU FILHO/A TEM UM ESTOMA

Que roupa utilizar

- Utilizar roupa normal, adequada apenas ao tamanho do bebê;
- Verificar se a roupa não apresenta elásticos ou etiquetas que possam provocar lesões no estoma;



KIT para sair de casa

Antes de sair de casa deve levar consigo uma Mala ou Bolsa com:

- Saco coletor já com o recorte;
- Água ou soro fisiológico para limpar o estoma;
- Compressas;
- Toalha ou fralda de pano para limpar o estoma;
- Duas mudas de roupa;



O MEU FILHO/A TEM UM ESTOMA

Complicações:

- Adaptação inadequada da placa de estoma
- Inflamação da pele à volta do estoma
- Retração (afundar-se para dentro da parede abdominal)
- O estoma começar a sair fora da parede abdominal (prolapso)
- Estenose (estreitamento)

Quando recorrer ao Hospital

- Se o estoma apresentar coloração
 - branco-pálida;
 - azul;
 - preta.
- O estoma deve ser sempre de cor vermelho brilhante.
- Se houver prisão de ventre e a barriga de seu filho começar a crescer e ficar endurecida.
- Se ocorrerem sangramentos (hemorragia)



<http://systemgastric.org/?p=351>

Alimentação

A criança pode alimentar-se normalmente de acordo com a sua idade e estado de saúde

Dicas:

Existem alimentos que podem causar gases, diarreia ou prisão de ventre, logo esses alimentos devem ser evitados

Prisão de ventre— milho, aipo, avelãs, repolho, toranja, passas de uva, frutos secos, alimentos fritos, cascas de maçã e laranja;

Diarreia— feijão verde, alimentos muito condimentados, bróculos, frutos silvestres, espinafres, grelos.

Gases— couve, pepino, repolho, rabanete, cebola, cerveja, feijão e evitar bebidas com gás

(<http://estomoterapiaeste.wordpress.com/cuidados-a-ostomia/>)

Associação Portuguesa de Ostimizados

218596054

informacoes@apostomizados.pt

www.apostomizados.pt



CENTRO
HOSPITALAR
DE LISBOA
CENTRAL, EPE



O MEU FILHO/A TEM UM ESTOMA

Manual elaborado por:
Enf. Andreia Chaves
Aluna do curso de mestrado com
especialização em saúde infantil e
pediátrica
Orientado por:
Enf. Especialista em SIP Tânia Pereira

Anexo XXV – Folha de articulação de cuidados de enfermagem de crianças com estomas intestinais



Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Folha de Articulação de Cuidados de Enfermagem

IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA

Idade Corrigida: _____

Enf de Referência na UCIN: _____

Médico de Referência na UCIN: _____

Serviço para onde a criança vai ser transferida: _____

Enf com que se estabeleceu contacto: _____

SITUAÇÃO DE DOENÇA

Data de Parto: _____

Diagnóstico para realização de ostomia: _____

Data de realização de Ostomia: _____

Tipo de Ostomia

Ileostomia

Colostomia

Encerramento Previsto ou realizado a: _____

Aceitação/Reação dos pais à doença _____

SITUAÇÃO ATUAL

Principal prestador de Cuidados _____

Grau de autonomia na prestação de cuidados _____

- Autonomos na prestação de cuidados
- Observa os cuidados prestados ao RN
- Aptos em alguns cuidados

Mudar fralda

Alimentação

Mudança de saco e placa

Outros

Características dos resíduos eliminados (cor, consistência e quantidade) _____

Características do estoma _____

Bem perfundidos

Mal perfundidos

Sangrantes

Com Prolapso

Características da pele circundante _____

Frequência de mudança de Placas _____

Placas e Sacos Usados _____

Marca _____

Tamanho _____

Aporte Nutricional _____

Enterica

Parentérica

DATA:

Ass de Enfermeiro:



***Anexo XXVI – Questionário à equipa de enfermagem sobre
necessidades de formação***

Questionário I

1. Sente que é importante e necessária a realização de formação em serviço?

SIM

NÃO

2. Se respondeu SIM à questão anterior, assinale com uma (X) **UM** tema que gostaria que fosse abordado numa sessão de formação em serviço:

Atresia do Esófago	
Atresia Intestinal	
Gastrosquisis	
Mielomeningocele	
Gastrostomia (procedimento, cuidados de manutenção, manipulação material)	
Outros	
Quais?	_____

3. Deixe a sua Sugestão/Opinião :



Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional com Especialização em Saúde

Infantil e Pediátrica

III Módulo de Estágio

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Hospital Dona Estefânia

Exmos. colegas

O meu nome é Andreia Chaves e encontro-me a frequentar o estágio em contexto de cuidados intensivos neonatais, inerente ao mestrado em enfermagem de natureza profissional, em saúde infantil e pediatria. O tema do meu projeto, relaciona-se com “ a criança com doença crónica gastrointestinal, com necessidades especiais de alimentação ”. Solicito assim a vossa colaboração para o preenchimento do seguinte questionário, de modo a colmatar as necessidades sentidas pela equipa de enfermagem. O questionário será anónimo e confidencial. Poderá no final do estudo, consultar as conclusões do mesmo, através de um exemplar que ficará no serviço.

Obrigada pela sua participação

Enfermeira Andreia Chaves

Aluna do Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional, com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, orientado pela Enfermeira Especialista em SIP Tânia Pereira

MARTINS, Gilberto de Andrade; LINTZ, Alexandre – Guia para elaboração de monografias e trabalhos de conclusão de curso. 2ªed. São Paulo: Editora Atlas, 2007.

MARTINS, Gilberto de Andrade; LINTZ, Alexandre – Guia para elaboração de monografias e trabalhos de conclusão de curso. 2ªed. São Paulo: Editora Atlas, 2007.



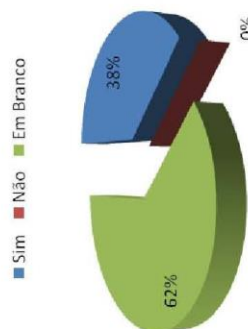


Avaliação do questionário efetuado à equipa de Enfermagem

No planeamento do projeto de aprendizagem desenvolvido no âmbito do estágio Modulo III, em contexto de cuidados intensivos, que teve lugar na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital Dona Estefânia, foi elaborado um questionário, com o objetivo de ir ao encontro das necessidades sentidas pela equipa de enfermagem, no âmbito da “criança com doença gastrointestinal crónica com necessidades especiais de alimentação”. Assim foi elaborado um questionário, de forma a avaliar a importância atribuída à formação e as necessidades de formação da equipa de enfermagem da UCIN, com o objetivo de satisfação das mesmas. Os questionários foram distribuídos no dia 15 de Dezembro de 2012 e recolhidos até ao dia 12 de Janeiro de 2013 com uma taxa de preenchimento de cerca de 38%, não tendo justificado a elaboração de uma sessão de formação, visto a amostra não ter sido significativa.

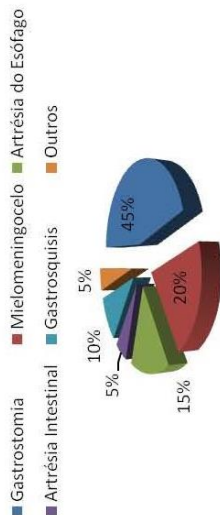
Os resultados obtidos foram os seguintes:

Sente que é importante e necessárias a realização de formação em serviço?



No entanto os questionários entregues foram analisados, sendo que todos atribuem importância à formação. O tema assinalado com mais frequência para ser abordado foi a gastrostomia, como se pode constatar no gráfico em baixo, com uma percentagem de 45%.

Um tema que gostaria de ver ser abordado em sessão de formação em serviço?



Apesar da sessão não ter sido abordada em contexto de formação em serviço, ficará uma sugestão no serviço e um exemplar de uma possível formação, para a satisfação das necessidades avaliadas da equipa de enfermagem que preencheu e entregou o questionário.

Enf. Andreia Chaves

Aluna de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional com Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica


Orientado pela Enf. Tânia Pereira

Janeiro de 2013

***Anexo XXVII – Sessão de formação “Atuação do enfermeiro na UCIN
ao recém-nascido e família com gastrostomia”***

Hospital Dona Estefânia
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Atuação do Enfermeiro na UCIN ao Recém Nascido e Família com
Gastrostomia

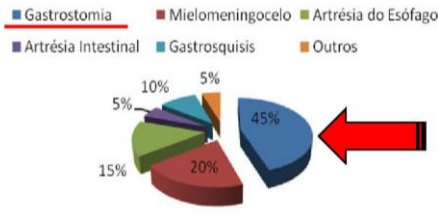


Enf Andreia Chaves
Aluna de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional com Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica
Orientada por Enf. Tânia Pereira
Janeiro, 2013

Objetivo Geral

- Satisfazer as necessidades de formação da equipa de enfermagem, após aplicação de um questionário
 - Melhorar os conhecimentos da equipa de enfermagem sobre “Crianças com Gastrostomia” contribuindo para melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos Recém-Nascidos e Famílias que se encontram na UCIN

Um tema que gostaria de ver ser abordado em sessão de formação em serviço?



Condição	Porcentagem
Gastrostomia	45%
Mielomeningocele	20%
Artrésia do Esófago	15%
Artrésia Intestinal	10%
Gastrosquisis	5%
Outros	5%

Objetivo Geral

- Esclarecer a Equipa de Enfermagem:
 - O que é a Gastrostomia Endoscópica Percutânea (PEG)
- Uniformizar os cuidados de enfermagem prestados à criança com gastrostomia



Breve Contextualização...

Doenças Gastrointestinais Crónicas

- Alterações nas oportunidades de crescimento e desenvolvimento;
- Condicionam o crescimento;
- Exigem readaptações;

(HOCKENBERRY et al, 2006; LISSAUER e CLAYDEN, 2009).

Breve Contextualização...

- Uma das áreas com maior evolução prestadas aos recém-nascidos pré termo estão relacionadas com a **nutrição**.

↓

proporcionar os nutrientes necessários a um crescimento adequado

- Há evidência crescente de que a deficiência nutricional, em períodos críticos do desenvolvimento do sistema nervoso central, resultará em alterações cerebrais irreversíveis a longo prazo, com alterações comportamentais e cognitivas (GOMES, 2004).

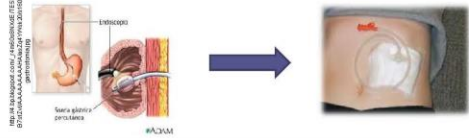
↓

Pode levar à **Colocação de Gastrostomia**

7

O que é a Gastrostomia Percutânea Endoscópica?

- É um procedimento efetuado, por meio de endoscopia digestiva alta, em que é criada uma abertura no estômago, com a finalidade de administrar alimentos ou medicamentos .

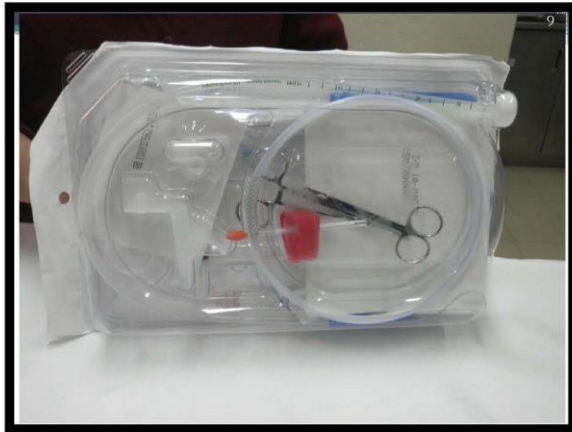


HPD DA UNESP/USP/UNICAMP - FUNDAMENTOS DE PEGE
@GASTROINTESTIN@

8

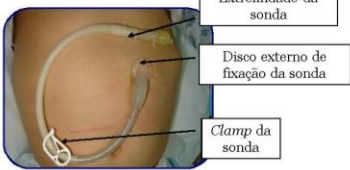
Realização de Gastrostomia no Bloco Operatório do HDE

Método Pull



11

SONDA DE GASTROSTOMIA DE 1ª VEZ - PEG



Extremidade da sonda

Disco externo de fixação da sonda

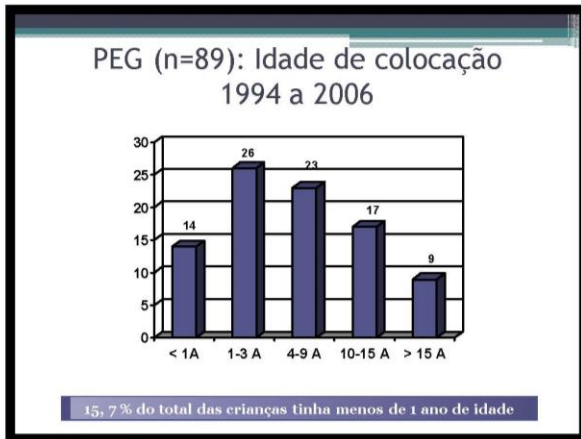
Clamp da sonda

12

A nossa realidade no Hospital Dona Estefânia (2012):

Foram efetuadas 9 gastrostomias percutâneas endoscópicas

Dados Estatísticos de 1 Janeiro de 2012 a 31 de Dezembro de 2012 (DocBase)



Indicações para a realização de Gastrostomia

- Em pediatria, a causa mais frequente para a colocação de gastrostomia, ou seja, alimentação por via enteral, são crianças com doenças neurológica, principalmente **paralisia cerebral**, seguida das doenças degenerativas do SNC

↓

distúrbios da deglutição
disfagia progressiva

(Pimenta, 2010).

Indicações para a realização de Gastrostomia

- Atraso psicomotor,
- Fístulas traqueo-esofágicas,
- Anomalias congénitas**
- Síndrome do intestino curto**
- Suplemento de crianças mal nutridas.

Mais Comuns em Recém - Nascidos

Indicações para a realização de Gastrostomia

- A Gastrostomia Endoscópica Percutânea (PEG) é actualmente considerada o método ideal para a alimentação a longo prazo (mais de 3 semanas)

alternativa à alimentação oral ou por sonda naso gastrica,

↓

pouco invasivo, eficiente e seguro

(Witeck, 2009)

Alteração de PEG (1ª vez) para Botão ou sonda de gastrostomia

- A sonda de gastrostomia de 1ª vez pode ir até 6 meses;
- A substituição é feita no Bloco de Exames da Consulta de Gastreenterologia com sedação;
- As substituições seguintes são feitas na Consulta de Gastreenterologia não necessitando de apoio anestésico, apenas é necessário a criança ter jejum, cerca de 4 a 6 horas.

Sonda de Gastrostomia de Substituição

- Válvula de insuflação do balão interno
- Balão interno (balão de retenção)
- Disco externo de fixação da sonda
- Clamp
- Adaptação à seringa de bico de pato

Alteração de PEG (1ª vez) para Botão ou sonda de gastrostomia

- Mais estético
- Idealmente requer manutenção de 6/6 meses



19


Manipulação de Material



20

Benefícios para a Criança


- Ganho de peso
- Fornecimento energético e de nutrientes necessários;
- Alimentação pode ser dada em bolus ou fraccionadamente
- Aumento do conforto



21

Benefícios para os PAIS

QUALIDADE DE VIDA




Diminui O Tempo Dispendido Na Alimentação

22

Benefícios para os PAIS

aceitação



menor pressão e stress no momento da alimentação

facilidade para manipulação da gastrostomia


ESTETICAMENTE MAIS ACEITE QUANDO COMPARADA COM A SONDA NASOGÁSTRICA

23

Cuidados após colocação PEG

Nos cuidados à criança com gastrostomia não devem ser descuradas:

Lavagem das Mãos



24

25

Cuidados de Manutenção à Sonda de Gastrostomia / Botão

HIGIENE ORAL CRIANÇAS COM GASTROSTOMIA/BOTÃO

- No Recém-Nascido que é totalmente dependente:
 - Manter a higiene que se executa diariamente (compressa humedecida em água ou NaCl)

26

Cuidados de Manutenção à Sonda de Gastrostomia / Botão

SONDA DE GASTROSTOMIA DE 1ª VEZ – PEG

Entrada de porta dupla

Adaptação à extremidade da sonda

Adaptação à seringa de bico de pato

Adaptação às seringas

27

Cuidados de Manutenção à Sonda de Gastrostomia / Botão

BOTÃO DE GASTROSTOMIA/SONDA DE SUBSTITUIÇÃO

Kit de botão de substituição com balão

28

Cuidados de Manutenção à Sonda de Gastrostomia / Botão

BOTÃO DE GASTROSTOMIA/SONDA DE SUBSTITUIÇÃO

Válvula de conexão dos prolongamentos de alimentação

Válvula de insuflação do balão interno

Balão interno (balão de retenção)

29

Botão de Gastrostomia (Sem Balão)

Kit de botão de substituição com balão

Válvula de conexão dos prolongamentos de alimentação

30

Cuidados de Manutenção à Sonda de Gastrostomia / Botão

Prolongamentos de alimentação

Cuidados de Manutenção à Sonda de Gastrostomia / Botão

- Limpar diariamente a parte externa e interna da sonda/botão de Gastrostomia:
 - na parte externa utilizar água e sabão,
 - na parte interna usar água e um cotonete ou compressa.
- Efetuar frequentemente a rotação da sonda/botão de Gastrostomia 360 graus de forma a evitar aderências à pele;



Cuidados de Manutenção à Sonda de Gastrostomia / Botão

- Na sonda verificar se o travão se encontra fechado quando a sonda não está a ser usada.
- Deve-se evitar que a sonda fique presa
 - evitar que a criança a puxe e que acidentalmente seja exteriorizada ou provoque lesões na região do estoma.

Cuidados de Manutenção à Sonda de Gastrostomia / Botão

CUIDADOS AO ESTOMA

A limpeza da pele em redor da gastrostomia é de extrema importância, para poder evitar diversos problemas, tais como granulomas.

Observar diariamente as características do estoma e da pele envolvente para despistar:

- irritação da pele
- aparecimento de secreção gástrica;

↓
Ácido



Cuidados de Manutenção à Sonda de Gastrostomia / Botão

- Durante os primeiros 15 dias após a colocação da sonda limpar a zona do estoma com uma solução anti séptica – iodopovidona 10% solução cutânea.
- Após esta fase limpar o estoma com movimentos circulares, usando compressa e soro fisiológico/água e sabão;



Cuidados de Manutenção da Sonda/Botão

- Não aplicar loções ou cremes hidratantes na região periestomal (obstruem os poros da pele, mantendo-a húmida);
- Colocar compressa não têxtil, (com um pequeno corte a meio) em redor da sonda, mudando-a frequentemente;



Cuidados de Manutenção à Sonda de Gastrostomia / Botão

- A colocação de compressa não têxtil em redor da sonda, apesar de ser vista como meio propício à proliferação bacteriana, pode ser benéfica quando há exsudado ou extravasamento do conteúdo alimentar, mantendo o local menos húmido e protegendo a pele;



37

Cuidados de Manutenção à Sonda de Gastrostomia / Botão

Cuidados de Higiene


- A criança pode tomar banho diariamente, tendo sempre o cuidado de fechar as portas de entrada da sonda.

38

Cuidados de Manutenção à Sonda de Gastrostomia / Botão

Como alimentar a criança com gastrostomia

- Alimentação adequada à Idade da Criança
- Administrada à temperatura ambiente;
- Colocar a criança confortavelmente (inclinação de 30-45 graus);
- O tempo de administração não deve ser inferior a 15 a 30 minutos.




39

Cuidados de Manutenção à Sonda de Gastrostomia / Botão

Antes de cada administração:

- Confirmar sempre se a sonda se encontra no estômago e observar as características do resíduo gástrico se houver.



40

Como alimentar a criança com gastrostomia


Após cada administração:

- Confirmar se as portas de entrada estão bem fechadas evitando a saída de conteúdo gástrico;
- Deve lavar a sonda
 - Introduzindo água para evitar a acumulação de resíduos e seguidamente introduzir ar para que a sonda fique sem alimento/água;
- À medida que a criança cresce, ofereça-lhe outras oportunidades de mastigar e de chuchar.

41

Administração de medicação

- Evitar a administração simultânea de fármacos incompatíveis entre si (depende do fármaco a administrar) e lavar a sonda entre cada fármaco que se administra;
- Triturar bem os fármacos, convertendo-os em pó fino;
- Administrar água após cada administração de fármacos.



42


Administração de medicação

- Se a criança estiver a ser alimentada, por bomba infusora de alimentação entérica fazer pausa na bomba interrompendo a alimentação

43

Administração de medicação

- No caso de a criança ter um Botão, existem 2 prolongamentos, sendo um deles (o mais fino) destinado para administração de medicação



44

Complicações

45

Sonda/botão exteriorizado

- Se a sonda de gastrostomia é a inicial e foi colocada recentemente, avisar o Médico Assistente;
- Se já tem a sonda/botão de gastrostomia e já está colocada há algum tempo de imediato colocar uma algália nº 20 no estoma, para que este não encerre;
- Avisar o Médico Assistente ou Enfermeira de referência da Consulta de Gastreterologia.

46

Sonda/botão não roda completamente

- Fazer girar a sonda empurrando para dentro suavemente;
- Se continuar sem girar (parecendo estar presa) contactar o Médico Assistente ou Enfermeira de referência da Consulta de Gastreterologia.

47

Obstrução da sonda /botão

- Tentar desobstruir a sonda usando água com gás, ter atenção para não introduzir;
- Se persistir contactar o Médico Assistente ou enfermeira de referência da Consulta de Gastreterologia.

48

Irritação ou infeção da pele em redor do estoma

- Regular excesso de pressão e a distância entre o suporte externo da sonda e o estoma;
- Se existir perda de conteúdo do estômago e for abundante contactar o Médico Assistente ou enfermeira de referência da Consulta de Gastreterologia.


49

Se a zona a volta do estoma está húmida e com saída de conteúdo do estômago

- Verificar se a porta de entrada da sonda se encontra fechada;
- Adaptar bem à parede abdominal o disco de fixação da sonda.
- Se a fuga persistir contactar o Médico Assistente ou Enfermeira de referência da Consulta de Gastrenterologia.

50

A Importância de uma equipa multidisciplinar





© Tom Armit

51

Equipa Multidisciplinar

- O sucesso da nutrição entérica por gastrostomia depende



equipe multidisciplinar interessada e participativa



famílias ou cuidadores devidamente informados e motivados

(Peters, 2004)

52

A equipa de enfermagem

- Tem um papel importante, olhando para família como prestadora de cuidados, no processo de cuidar (respeitando os seus tempos),



parceria da equipe profissional com o cuidador familiar,

Prevenção de complicações.

(Romão, et al., 2008)

53

Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

54

Enfermeiro Especialista



Prestação de cuidados de elevado nível de qualidade

Promoção da satisfação da criança/família

Implementação de sistemas para a monitorização de custo/benefício

Gestão de Segurança

Enfermeiro de Referência

(OE, 2011) Padrões de Qualidade

55

Enfermeiro Especialista

Tem como responsabilidades:

- Motivar a equipa de enfermagem
- Envolver a equipa para a elaboração/participação de folhetos/projetos
- Caminharem de “mãos dadas” com vista a atingir uma meta traçada e definida por todos

56

Dúvidas

57

Bibliografia

- Cabral, José - *Dificuldades alimentares na PC: Indicações da Gastrostomia* (2012). Exposição Oral
- JIMÉNEZ, D. G.; MARTÍN, J. J.; GARCÍA, C. B.; TREVIÑO, S. J. - Patología gastrointestinal en niños con parálisis cerebral. *Anales de Pediatría*. Barcelona 73:06 (2010) 361 e1-e6
- PEREIRA, F. - A gastrostomia Endoscópica na Nutrição Entérica da Criança. *Jornal Português de Gastroenterologia*. Porto. 18 (2011) 268-269
- PIMENTA, Joana Novais - *Gastrostomia endoscópica percutânea: A sua importância na criança*. Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina orientada pelo orientador Dr. Fernando Pereira e apresentada no Instituto de Ciências Biomedicas Abel Salazar no Porto em 2010
- ROMÃO, C. P.; ALMENDRA, S. B.; PONCE DE LEON, C. G. - Pacientes Gastrostomizados: enfrentamento dos cuidadores no domicílio. *Revista Eletrônica de Enfermagem do UNICEURO*. Brasília 1:2 (2008) 18-34

58

Bibliografia

- WHALEY, Lucille; WONG, Donna - *Enfermagem Pediátrica – Elementos Essenciais à Intervenção Efectiva*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1995, pp. 644, 659-660.
- WITECK, Camila - *Gastrostomia percutânea endoscópica em crianças: complicações associadas*. Curso de Graduação em Medicina orientado pela Dra. Mónica Lisboa Chang Wayhs na Universidade Federal de Santa Catarina em Florianópolis em 2009
- Folheto informativo cedido pela equipa médica de Gastroenterologia do Hospital de Dona Estefânia: FERNÁNDEZ, Victoria e CAÑÓN, Pilar - *Sondas para Gastrostomia Pediátricas – Instrucciones para su Cuidado*. Madrid: Novartis Medical Nutrition.
- Dados estatísticos, do programa DocBase
- Folheto Grifols

59

Obrigado

Anexo XXVIII -Kit “O meu filho tem uma gastrostomia: o que preciso de saber?”

 <p>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, Lda</p>	<p>Procedimento Sectorial</p> <p>Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais</p>	<p>TRC.1245</p>
	<p>CUIDADOS DE ENFERMAGEM À CRIANÇA SUBMETIDA A CIRURGIA PARA COLOCAÇÃO DE GASTROSTOMIA (KIT)</p>	

 <p>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, Lda</p>	<p>Procedimento Sectorial</p> <p>Área de Pediatria Médica</p>	<p>TRC.1245</p>
	<p>CUIDADOS DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM GASTROSTOMIA</p>	

<p>APROVAÇÃO</p>	
<p> </p>	

3. RESPONSABILIDADES

3.1. Pela implementação do procedimento: Equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN);

3.2. Pela revisão do procedimento: Enf. Chefe da UCIN e Dr. Cabral (Chefe da Unidade de Gastrenterologia)

4. DEFINIÇÕES

A Gastrostomia Percutânea Endoscópica (PEG) é um procedimento efetuado, por meio de endoscopia digestiva alta, no bloco operatório com anestesia geral, em que é criada uma abertura no estômago, com a finalidade de administrar alimentos ou medicamentos. É uma comunicação do estômago com o meio exterior através de um "estoma" (orifício aberto no abdómen), no qual está inserido um tubo de plástico muito macio que funciona como uma forma de aporte nutricional em doentes que têm problemas em alimentar-se oralmente.

5. SIGLAS E ABREVIATURAS

HDE – Hospital Dona Estefânia;

PEG – Gastrostomia Percutânea Endoscópica

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

6. REFERÊNCIAS

- CABRAL, José - **Dificuldades alimentares na PC: Indicações da Gastrostomia** (2012)
- JIMÉNEZ, D. G.; MARTIN, J. J.; GARCÍA, C. B.; TREVIÑO, S. J. - Patologia gastrointestinal en niños con parálisis cerebral. *Anales de Pediatría*. Barcelona 73:06 (2010) 361 e1-e6

1. OBJECTIVO

- Auxiliar a equipa de enfermagem a transmitir informação necessária aos pais/pessoas significativas do Recém-Nascido (RN) que vão ser submetidos a cirurgia para colocação de gastrostomia;
- Uniformizar os cuidados de enfermagem e os ensinios efetuados aos pais sobre a criança com gastrostomia;
- Informar e Dar a conhecer aos pais/pessoas significativas do RN que vai ser submetido a uma gastrostomia:
 - O material que vai ser utilizado para o procedimento
 - O material necessário para alimentar a criança
 - Explicação de como administrar a alimentação e medicação
 - Limpeza da pele e do estoma
 - Como ficará a criança após o procedimento (através do modelo)

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN)

<p>ELABORAÇÃO</p> <p>Enf. Andreia Chaves</p>			
<p>VERIFICAÇÃO</p>			
<p>CQSD</p>			
<p>B</p>	<p>EDIÇÃO</p>	<p>PRÓXIMA EDIÇÃO</p>	<p>Nº PÁGS.</p> <p>1/13</p>

<p>EDIÇÃO</p>	<p>PRÓXIMA EDIÇÃO</p>	<p>Nº PÁGS.</p> <p>2/13</p>
---------------	-----------------------	-----------------------------

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, Lda	Procedimento Sectorial Área de Pediatria Médica	TRC.1245
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM GASTROSTOMIA	

- Doenças neurológica (paralisia cerebral),
- Doenças degenerativas do SNC
- Distúrbios da deglutição
- Disfagia progressiva
- Atraso psicomotor,
- Fistulas traqueo-esofágicas,
- Anomalias congénitas,
- Síndrome do intestino curto,
- Suplemento de crianças mal nutridas.

A PEG utiliza a via enteral nos doentes com trato gastrointestinal funcional, mas com inabilidade ou impossibilidade de alimentação via oral;

As principais complicações associadas à gastrostomia são a inflamação e infeção do estoma (orifício desde a pele até à cavidade gástrica para passagem da sonda), por extravasamento de suco gástrico, que pode ser tratada com a toma de antibiótico e/ou intensificação dos cuidados de higiene do estoma;

A sonda de gastrostomia de 1ª vez pode ter a duração de 6 meses;

A substituição desta, por sonda/bolão de substituição é feita no Bloco de Exames da Consulta de Gastroenterologia com sedação. As substituições seguintes são feitas na Consulta de Gastroenterologia não necessitando de apoio anestésico, apenas é necessário a criança ter jejum, cerca de 4 a 6 horas.

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
		4/13

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, Lda	Procedimento Sectorial Área de Pediatria Médica	TRC.1245
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM GASTROSTOMIA	

- PEREIRA, F. - A gastrostomia Endoscópica na Nutrição Entérica da Criança. *Jornal Português de Gastroenterologia*. Porto. 18 (2011) 268-269

• PIMENTA, Joana Novais – *Gastrostomia endoscópica percutânea: A sua importância na criança*. Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina orientada pelo orientador Dr. Fernando Pereira e apresentada no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar no Porto em 2010

- ROMÃO, C. P.; ALMENDA, S. B.; PONCE DE LEON, C. G. - Pacientes Gastrostomizados: enfrentamento dos cuidadores no domicílio. *Revista Eletónica de Enfermagem do UNIEURO*. Brasília 1:2 (2008) 18-34

- WITECK, Camila - *Gastrostomia percutânea endoscópica em crianças: complicações associadas*. Curso de Graduação em Medicina orientado pela Dra. Mónica Lisboa Chang Wayhs na Universidade Federal de Santa Catarina em Florianópolis em 2009

7. DESCRIÇÃO


As crianças que apresentam um desenvolvimento e crescimento desadequado, por distúrbios da deglutição, disfagia ou impossibilidade de ingestão oral, podem ter a necessidade de colocar um dispositivo para a alimentação – gastrostomia;

É uma alternativa à alimentação oral sendo eficiente e segura;

O resultado da colocação da gastrostomia, que fornece o suporte nutricional adequado, na população pediátrica na literatura mundial, tem tido resultados satisfatórios com o aumento de peso, fornecimento energético e de nutrientes, trazendo benefícios a nível do crescimento e desenvolvimento da criança, diminuindo o tempo despendido na alimentação pelos cuidadores, melhorando por isso a sua qualidade de vida, evitando a desnutrição, défice de crescimento, deficiências de micronutrientes, entre outros;

As causas mais frequentes para a colocação de gastrostomia são:

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
		3/13

	Procedimento Sectorial Área de Pediatria Médica	TRC.1245
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM GASTROSTOMIA	

CUIDADOS ÁPOS A COLOCAÇÃO DA PEG

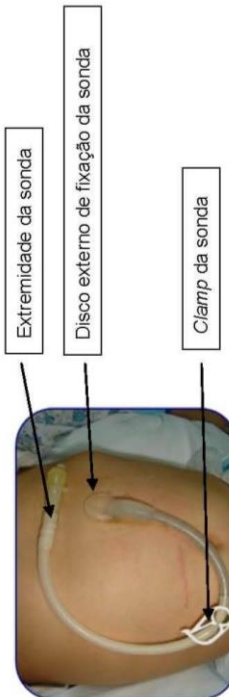
- Colocar compressa não têxtil, com corte no local de inserção da sonda;
- Não aplicar tração sob a sonda nas 1^{as} 24 horas;
- Iniciar alimentação cerca de 6 a 8 horas após o procedimento, com pequenas quantidades de soro glicosado;
- Lavar a sonda com água destilada após cada refeição ou administração de medicação;
- Nos cuidados à criança com gastrostomia não devem ser descuradas:

Lavagem das Mãos



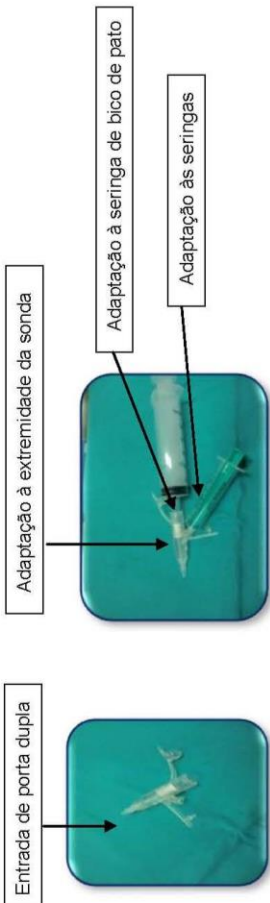
- A qualidade da higiene oral depende da idade da criança:

SONDA DE GASTROSTOMIA DE 1ª VEZ – PEG



EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
		5/13

	Procedimento Sectorial Área de Pediatria Médica	TRC.1245
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM GASTROSTOMIA	

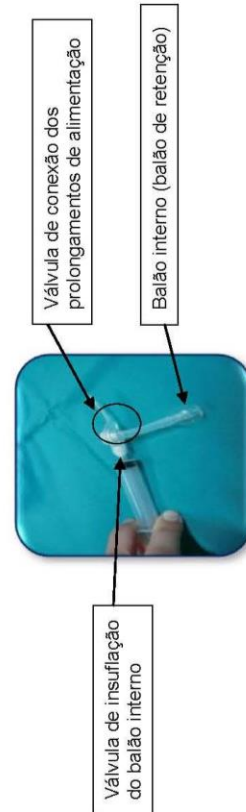


BOTÃO DE GASTROSTOMIA/SONDA DE SUBSTITUIÇÃO

Botão de Gastrostomia (Com Balão)



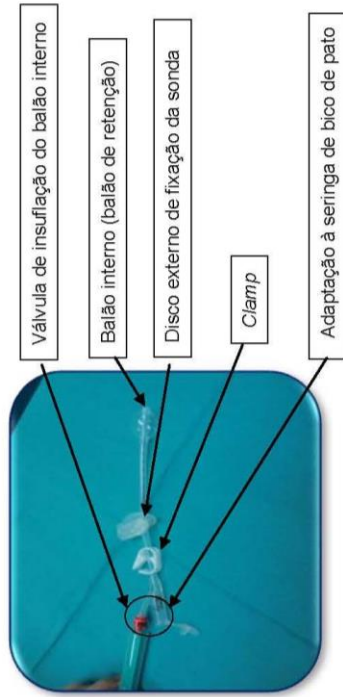
Kit de botão de substituição com balão



EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
		6/13

	Procedimento Sectorial Área de Pediatria Médica	TRC.1245
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM GASTROSTOMIA	

Sonda de Gastrostomia de Substituição



CUIDADOS DE MANUTENÇÃO DA SONDA/BOTÃO

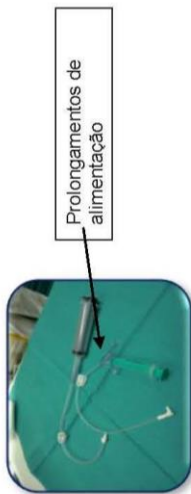
- Limpar diariamente a parte externa e interna da sonda/botão de Gastrostomia: na parte externa utilizar água e sabão, e na parte interna usar água e um cotonete ou compressa.
- Efectuar frequentemente a rotação da sonda/botão de Gastrostomia 360 graus de forma a evitar aderências à pele.
- Na sonda verificar se o travão se encontra fechado quando a sonda não está a ser usada.



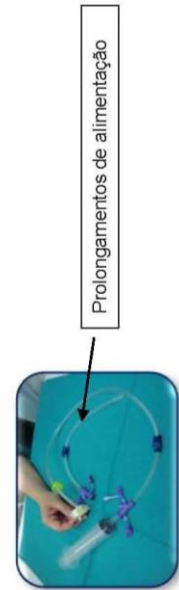
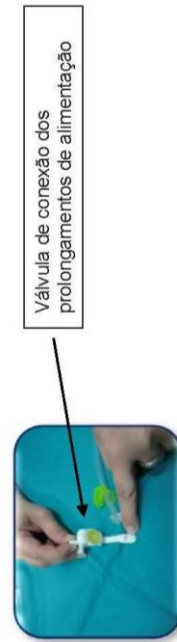
- Deve-se evitar que a sonda fique presa, evitar que a criança a puxe e que acidentalmente seja exteriorizada, ou provoque lesões na região do estoma.

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
		8/13

	Procedimento Sectorial Área de Pediatria Médica	TRC.1245
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM GASTROSTOMIA	



Botão de Gastrostomia (Sem Balão)



EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
		7/13

 <p>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, L.P.E.</p>	<p>Procedimento Sectorial Área de Pediatria Médica</p>	<p>TRC.1245</p>
	<p>CUIDADOS DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM GASTROSTOMIA</p>	

CUIDADOS AO ESTOMA

- Observar diariamente as características do estoma e da pele envolvente para despistar: irritação da pele e aparecimento de secreção gástrica;



- Durante os primeiros 15 dias após a colocação da sonda limpar a zona do estoma com uma solução anti séptica – iodopovidona 10% solução cutânea.
- Após esta fase limpar o estoma com movimentos circulares, usando compressa e soro fisiológico/água e sabão;



- Não aplicar loções ou cremes hidratantes na região peri-estomal (obstruem os poros da pele, mantendo-a húmida);
- Colocar compressa não têxtil, (com um pequeno corte a meio) em redor da sonda, mudando-a frequentemente;



EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
		9/13

 <p>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, L.P.E.</p>	<p>Procedimento Sectorial Área de Pediatria Médica</p>	<p>TRC.1245</p>
	<p>CUIDADOS DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM GASTROSTOMIA</p>	

- A colocação de compressa não têxtil em redor da sonda, apesar de ser vista como meio propício à proliferação bacteriana, pode ser benéfica quando há exsudado ou extravasamento do conteúdo alimentar, mantendo o local menos húmido e protegendo a pele;
- A criança pode tomar banho diariamente, de preferência de chuveiro, tendo sempre o cuidado de fechar as portas de entrada da sonda.

COMO ALIMENTAR A CRIANÇA COM GASTROSTOMIA

- A alimentação deve ser adequada à idade da criança;
- Administrada à temperatura ambiente;
- Colocar a criança confortavelmente (inclinação de 30-45 graus);
- O tempo de administração não deve ser inferior a 15 a 30 minutos.

Antes de cada administração:

- Confirmar sempre se a sonda se encontra no estômago e observar as características do resíduo gástrico se houver.

Após cada administração:

- Confirmar se as portas de entrada estão bem fechadas evitando a saída de conteúdo gástrico;
- Deve lavar a sonda
 - Introduzindo água para evitar a acumulação de resíduos e seguidamente introduzir ar para que a sonda fique sem alimento/água;
- À medida que a criança cresce, ofereça-lhe outras oportunidades de mastigar e de chuchar.

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
		10/13

	Procedimento Sectorial Área de Pediatria Médica	TRC.1245
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM GASTROSTOMIA	

ADMINISTRAÇÃO DE FÁRMACOS

- Evitar a administração simultânea de fármacos incompatíveis entre si (depende do fármaco a administrar) e lavar a sonda entre cada fármaco que se administra;
- Triturar bem os fármacos, convertendo-os em pó fino;
- Administrar água após cada administração de fármacos.



Se a criança estiver a ser alimentada, por bomba infusora de alimentação enterica fazer pausa na bomba interrompendo a alimentação

- Fazer pausa na bomba interrompendo a alimentação;
- Introduzir a seringa pela porta de entrada de medicação;
- Lavar a sonda com água;
- Introduzir o medicamento;
- Lavar novamente a sonda com água;
- Fechar a porta de entrada para a medicação;
- Reiniciar a alimentação contínua.

No caso de a criança ter um Botão, existem 2 prolongamentos, sendo um deles (o mais fino) destinado para administração de medicação

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS. 11/13
--------	----------------	-------------------

	Procedimento Sectorial Área de Pediatria Médica	TRC.1245
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM GASTROSTOMIA	

QUANDO SURGEM COMPLICAÇÕES...

Se a sonda/botão sair

- Se a sonda de gastrostomia é a inicial e foi colocada recentemente, avisar o Médico Assistente;
- Se já tem a sonda/botão de gastrostomia e já está colocada há algum tempo de imediato colocar uma algália nº 20 no estoma, para que este não encerre;
- Avisar o Médico Assistente ou Enfermeira de referência da Consulta de Gastroenterologia.

Se existe ruptura da sonda ou aparecimento de fissuras na superfície

- Fazer a substituição do material e avisar o Médico Assistente.

Se a sonda/botão não roda completamente

- Fazer girar a sonda empurrando para dentro muito suavemente; se continuar sem girar (parecendo estar presa) contactar o Médico Assistente ou Enfermeira de referência da Consulta de Gastroenterologia.

Se existe obstrução da sonda /botão

- Tentar desobstruir a sonda usando água com gás, ter atenção para não introduzir, se continuar contactar o Médico Assistente ou enfermeira de referência da Consulta de Gastroenterologia.

Se existe irritação ou infeção da pele em redor do estoma

- Regular excesso de pressão e a distância entre o suporte externo da sonda e o estoma;
- Se existir perda de conteúdo do estômago e for abundante contactar o Médico Assistente ou enfermeira de referência da Consulta de Gastroenterologia.

Se a zona a volta do estoma está húmida e com saída de conteúdo do estômago

- Verificar se a porta de entrada da sonda se encontra fechada;
- Adaptar bem à parede abdominal o disco de fixação da sonda.
- Se a fuga persistir contactar o Médico Assistente ou Enfermeira de referência da

Consulta de Gastroenterologia.

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS. 12/13
--------	----------------	-------------------

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE	Procedimento Sectorial Área de Pediatria Médica	TRC.1245
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM GASTROSTOMIA	

8. ANEXOS

8.1 Impressos

Instrução de Trabalho referente à presente norma

8.2 Outros

Manual “O meu filho tem uma gastrostomia. Que devo fazer?”

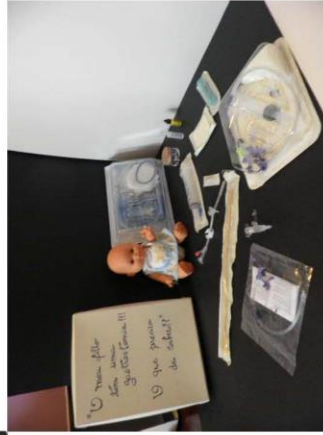
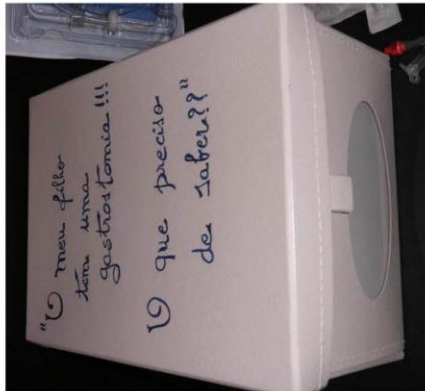
EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
		13/13

 <p>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, Lda</p>	<p>Procedimento Sectorial Área de Pediatria Médica</p>
	<p>CUIDADOS DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM GASTROSTOMIA EXTERIORIZADA</p>

TRC.1245

KIT

O meu filho tem uma gastrostomia. Que preciso de saber?



ELABORAÇÃO


Enf. Andreia Chaves

EDIÇÃO

PRÓXIMA EDIÇÃO

N.º PÁGS.
2/3

INSTRUÇÃO DE TRABALHO

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, Lda	Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais - HDE
	Cuidados de Enfermagem à Criança com Gastrostomia

1 – DOCUMENTO DE REFERÊNCIA E OBJECTIVO

Procedimento multissetorial TRC 1245 – Cuidados de Enfermagem à Criança com Gastrostomia.

Auxiliar a equipa de enfermagem, através da manipulação de material, a transmitir informação necessária aos pais/pessoas significativas do Recém-Nascido (RN) que vai ser submetido a intervenção cirúrgica para colocação de gastrostomia, através do KIT “O meu filho tem uma gastrostomia. O que preciso de saber?”.

2 – ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN)

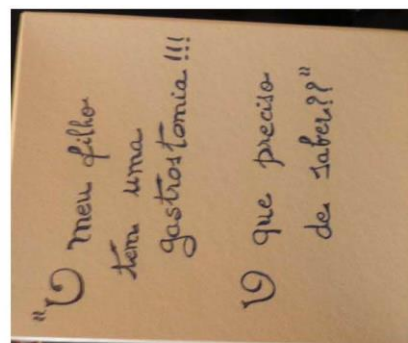
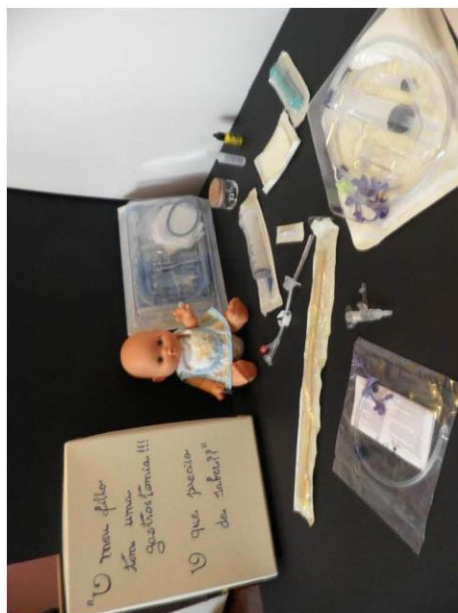
3 – INSTRUÇÃO DE TRABALHO

Para dar cumprimento ao procedimento supra citado proceder-se-á ao ensino, aos principais cuidadores do RN, dos cuidados a ter após colocação de gastrostomia com o auxílio de um KIT previamente construído. O Kit é constituído por: Modelo Recém-Nascido com gastrostomia; Modelo de barriga; Botão de Gastrostomia; PEG de 1ª Vez; Sonda de Gastrostomia de Substituição; Prolongamento para botão de gastrostomia; Porta de Entrada Dupla; Conector sonda seringa; Algália Folly nº20 (Exteriorização de sonda); Seringa Bico de Pato; Seringa de Medicação; Compressas; Soro Fisiológico; Tesoura; Betadine.

3.1 – Compete ao Enfermeiro de Referência, do RN que irá proceder à colocação de gastrostomia:

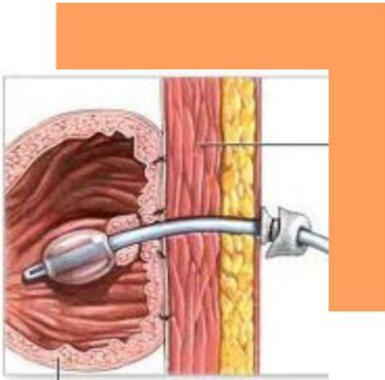
- Informar e Dar a conhecer aos pais/pessoas significativas do RN que vai ser submetido a uma gastrostomia:
 - O material que vai ser utilizado para o procedimento;
 - Como ficará a criança após o procedimento (através do modelo);
 - O material necessário para alimentar o RN;
 - Explicação de como administrar a alimentação e medicação;
 - Limpeza da pele circundante e do estoma;
 - Alertar para as complicações que podem surgir e como atuar;
 - Entrega de manual “O meu filho tem uma gastrostomia”

 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, Lda	Procedimento Sectorial Área de Pediatria Médica	TRC.1245
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM GASTROSTOMIA EXTERIORIZADA	



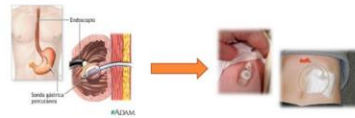
EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS. 3/3
--------	----------------	-----------------

O MEU FILHO TEM UMA GASTROSTOMIA



O QUE É A GASTROSTOMIA?

- A gastrostomia é uma comunicação do estômago com o meio exterior através de um "estoma" (orifício aberto no abdômen);
- É realizado no bloco operatório com anestesia através de uma endoscopia digestiva alta;
- Uma sonda de gastrostomia percutânea endoscópica (PEG) consiste num tubo de plástico muito macio que, sendo introduzido no estômago, é utilizado para alimentar a criança;



Como é que são removidas/substituídas as sondas de gastrostomia/botão?

- Após cerca de 6 meses da criança ter ido ao bloco para a colocação de gastrostomia, esta dirigirá-se à consulta de gastroenterologia do HDE com indicação médica;
- Fará a substituição para uma sonda de gastrostomia ou botão de acordo com a escolha e preferência dos pais;
- A 1ª substituição é realizada com sedação na consulta de gastroenterologia, através de tração firme que o médico usará para puxar o “tubo” para fora;



- Este tubo permite que os alimentos (em estado líquido/pastoso), os líquidos e os medicamentos sejam administrados diretamente no estômago, evitando que passem pela boca e esôfago;

Que crianças necessitam deste procedimento?

- Crianças com problemas de ingestão e deglutição (engolir);
- Crianças com doenças neurológicas (paralisia cerebral), atrasos psicomotores, má nutrição, entre outras.



- As substituições seguintes, são realizadas na consulta de gastroenterologia sem necessidade de anestesia ou sedação, devendo a criança apenas encontrar-se em jejum de 4 a 6 horas.

Quais são os sintomas habituais após a colocação de PEG?

- Gases:
Após o exame e podem causar desconforto tipo cólica, passando até 24 horas;
- Ligeiro desconforto ou dor na área de inserção do tubo no abdómen:
 - Poderá fazer medicamentos para aliviar a dor como o Paracetamol (Bemuron®)
- Saliva sanguinolenta:
É incomum, mas se acontecer não é motivo de alarme e deve desaparecer um dia após o exame.

CUIDADOS DIÁRIOS NECESSÁRIOS



Quais são os sinais de complicação?

Caso observe alguns destes sinais no seu filho deve dirigir-se ao hospital para ser avaliado pelo médico:

- Febre alta (acima de 38°C);
- Dor abdominal (barriga) intensa, crescente e penetrante;
- Hemorragia excessiva na incisão por onde o tubo entra no abdómen;
- Presença aumentada de líquido à volta do orifício;
- Vermelhidão ou secreção de odor fétido;
- Dor durante a introdução de alimentos ou medicação;
- Remoção acidental do tubo;
- Vômito com sangue;
- Fezes de cor negra.

Com o estoma:

- Nos primeiros 8 dias o penso do local de inserção da sonda PEG deverá ser feito diariamente ou em SOS, com técnica asséptica, por um enfermeiro;
- Penso é feito:
 - Limpando a área peri-estoma com Soro Fisiológico, e desinfetando com Betadine, colocando um penso seco;
- Observar diariamente as características do estoma e da pele envolvente;
- Ao fim de 8 dias não deverá ser preciso penso protetor;

- Não aplicar loções ou cremes hidratantes na região peri-estomal (obstruem os poros da pele, mantendo-a húmida);
- Colocar compressa não têxtil, (com um pequeno corte a meio) em redor da sonda, mudando-a frequentemente
- Caso se observe presença de sinais de infeção (rubor, edema, tumefação, dor ou corrimento invulgar), contactar a equipa de PEG;



- Os alimentos devem ser administrados à temperatura ambiente;
- A consistência dos alimentos deve ser adequada ao calibre da sonda evitando que a sonda entupa;
- Colocar a criança confortavelmente (inclinação de 30-45 graus) - Idealmente sentada;
- A alimentação deve ser administrada por seringa com duração entre 15 a 30 minutos;

Após Administração de Alimentação

- Após administração de alimentação a criança deverá permanecer sentada, semi-sentada ou deambular (andar) de acordo com a sua idade e estado;

Introdução de alimentos:

- O seu filho recomeçará a alimentar-se cerca de 6 a 8h após a ida ao bloco para realizar gastrostomia;
- A alimentação vai ser iniciada com soro glicosado (“soro com açúcar”) e gradualmente passará à alimentação habitual;

Cuidados na Administração da Alimentação

- Após retirar a tampa da sonda, clampar (travar) a extremidade proximal, para evitar a entrada de ar para o estômago;
- Antes de administrar os alimentos confirmar se a sonda se encontra no estômago, através da aspiração do conteúdo gástrico;

HIGIENE

Deve-se tratar da gastrostomia como se fosse “a boca” da criança.

- ◆ A limpeza da pele em redor da gastrostomia é de extrema importância, para poder evitar diversos problemas, tais como granulomas (bolas de carne).
- ◆ Vigiar o aparecimento de suco gástrico na pele, pois pode “queimá-la”, porque é ácido;
- ◆ Lavar **com** soro ou sabão neutro (azul e branco, glicerina), água corrente
- ◆ Manter o local ao redor da sonda sempre seco e protegido.
- ◆ Poderá colocar-se uma compressa cortada entre a pele e a gastrostomia.
- ◆ Após 8 dias de a criança ir ao bloco, já pode tomar banho, de preferência de chuveiro, tendo sempre o cuidado de fechar as portas de entrada da sonda;

Cuidados com a sonda:

Lavar sempre as mãos antes e após a manipulação da sonda.

- Limpar diariamente a parte externa e interna da sonda/botão de Gastrostomia:
 - na parte externa (por fora) utilizar água e sabão
 - na parte interna (por dentro) usar água e um cotonete ou compressa.
- Efetuar frequentemente a rotação da sonda/botão de Gastrostomia 360 graus de forma a evitar aderências à pele
- Antes e depois de cada administração de alimentação deve lavar-se a sonda com água, com o objetivo de manter a sonda permeável, limpa e hidratar a criança;

BENEFÍCIOS

Para a criança:

- Crescimento e desenvolvimento

Para os Pais:

- Redução da pressão na alimentação
- Redução do tempo necessário para cada refeição
- Diminui o stress
- Facilidade em Manipular a gastrostomia
- Melhora:
 - qualidade de vida
 - vida social
 - estado de saúde



- Verificar sempre após cada refeição se o travão se encontra fechado;
- Evitar que a sonda fique presa.

QUANDO RECORRER AO HOSPITAL?

Em caso de:

- ◆ Não ser possível aspirar conteúdo gástrico
- ◆ Deslocação da sonda
- ◆ Extravasamento de suco gástrico em volta da sonda
- ◆ Dor no momento da administração da dieta
- ◆ Granuloma (bolas de carne em volta do estoma)
- ◆ Obstrução da sonda
- ◆ Diarreia persistente
- Inflamação do estoma da gastrostomia por irritação química (suco gástrico);
- Infecção do estoma com drenagem de secreção purulenta;

O que fazer em caso de sonda de gastrostomia/botão se exteriorizar (sair) acidentalmente

Se o balão estiver insuflado (cheio de água)

1. Deve conectar (ligar/adaptar) uma seringa à válvula e esvaziar o balão;
2. Introduzir o balão no estoma (orifício/buraco);
3. Fixar com uma compressa e adesivo;
4. Contactar Enf. de Referência/Médico da Consulta de Gastreenterologia;
5. Dirigir-se ao Hospital o mais rápido possível;



Se o balão estiver rasgado

1. Voltar a introduzir o botão no estoma (orifício/buraco);
2. Colocar uma compressa a cobrir o botão;
3. Fixar a compressa com um pouco de adesivo;
4. Dirigir-se ao Hospital o mais rápido possível;.

CONTACTOS ÚTEIS

- **Associação de Paralisia Cerebral de Lisboa**
21 754 06 92 / 21 754 06 93
- **Hospital Dona Estefania**
213126600
Consulta de Gastreenterologia do H.D. Estefânia
213126137
das 8h às 16h, de 2ª a 6ª feira
- **Associação Nacional de Famílias para a integração da pessoa deficiente**
21 472 40 40
- **Escola de pais família e necessidades especiais**

<http://escolapaisnee.blogspot.pt/>

Se o balão estiver rasgado e não poder dirigir-se ao hospital de imediato (fim-de-semana; durante a noite)

1. Voltar a introduzir o botão no estoma (orifício/buraco);
2. Colocar uma compressa a cobrir o botão;
3. Fixar a compressa com um pouco de adesivo;
4. Dirigir-se ao hospital logo que possível.



CENTRO
HOSPITALAR
DE LISBOA
CENTRAL EPE



O MEU FILHO TEM UMA GASTROSTOMIA

Manual elaborado por:
Enf. Andreia Chaves
Aluna do curso de mestrado
com especialização em saúde
infantil e pediátrica
Orientado por:
Enf. Especialista em SIP Tânia
Pereira