



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Saúde Infantil e Pediatria

**Cuidar da Criança e Família no pré-operatório: um
contributo do Enfermeiro**

Susana Isabel de Jesus Costa

2013





Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Saúde Infantil e Pediatria

**Cuidar da Criança e Família no pré-operatório: um
contributo do Enfermeiro**

Susana Isabel de Jesus Costa

Orientador: Prof^a Maria Filomena Sousa

2013



AGRADECIMENTOS

À Sra. Professora Maria Filomena Sousa pela disponibilidade, conselhos, orientação, paciência e permanente incentivo.

Aos Enfermeiros que me acompanharam nos diferentes estágios, pela sua disponibilidade.

À minha Família pela tolerância, compreensão e ajuda.

Ao André pelo amor, compreensão e apoio incondicional.

À Maria por me ter acompanhado desde do início da sua existência. E principalmente pelo tempo que lhe foi roubado.

Às crianças/famílias que presto cuidados, que me proporcionaram aprendizagens e que me ajudam diariamente a ser melhor.

ABREVIATURAS OU SIGLAS

CA – Cantinho de Amamentação

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção-Geral da Saúde

E.E.S.I.P – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

ELI - Entidade Local de Intervenção

Enf^o - Enfermeiro

GASMI - Grupo de Apoio de Saúde Mental Infantil

M.A.R. - Modelo de Adaptação de Roy

NACJR - Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco

O.E. – Ordem dos Enfermeiros

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAPE - Sistema de Apoio à Prática da Enfermagem

SE - Saúde Escolar

SGS II - Schedule of Growing Skills II

SNIPi - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

U.C.I. – Unidade de Cuidados Intensivos

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

RESUMO

A cirurgia da criança/família é potenciador de ansiedade e exacerbadora de medos e de ideias pré-concebidos, da criança e da sua família, podendo resultar numa experiência traumática para a criança, com efeitos psicológicos persistentes.

As crianças submetidas a procedimentos cirúrgicos necessitam de preparação física e psicológica. A preparação para os procedimentos reduz a ansiedade, promove a capacidade de adesão, oportunidade para ensinar novas habilidades, e facilita a sensação de domínio da experiência do acontecimento stressante. Esta preparação deverá ter em conta as especificidades de cada faixa etária, desenvolvimento, capacidades cognitivas, o temperamento de cada criança, as estratégias de aceitação existentes e experiências prévias. Os programas de preparação para a cirurgia podem alterar a percepção e o conhecimento que a criança/família tem da cirurgia, no sentido de converter as respostas ineficazes em respostas adaptáveis da criança/família submetida à cirurgia (estímulos contextuais). As respostas adaptáveis promovem a integridade da pessoa e os objetivos de adaptação a sobrevivência, crescimento, reprodução e domínio (ROY & ANDREWS, 2001). Um programa pré-operatório adequado, diminui o nível de ansiedade, a resposta ao stress cirúrgico e possíveis sequelas pós-operatórias.

Este relatório tem como propósito primordial apresentar e analisar o percurso de formação no sentido do desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria (EESIP).

Tem como intenção refletir sobre os objetivos traçados, atividades realizadas e o desenvolvimento de competências nos ensinamentos clínicos que decorreram em quatro contextos clínicos distintos e em diferentes instituições.

A metodologia de trabalho, baseou-se na identificação das práticas nos campos de estágio e na implementação de intervenções baseadas em evidência científica, com o objetivo de proporcionar a preparação pré-operatória adequada a criança/família. Para poder intervir foi necessário desenvolver capacidades técnicas, cognitivas e reflexivas. No percurso de aprendizagem foi mobilizada o Modelo de Adaptação de Roy, nos cuidados prestados a criança/família.

Palavras-chave: Criança, Preparação pré-operatória, Cuidados de enfermagem

Abstrat

Surgery is an anxiety enhancer, child and their family fears and preconceived ideas may be exacerbated, which may result in a traumatic experience for the child with persistent psychological effects.

Children going through surgical procedures require physical and psychological preparation. A proper preparation procedures reduces anxiety, promotes cooperation ability, opportunity to teach new skills, and increases child/family feeling of controlling over the stressful event experience. This preparation must take into account the specificities of each age, child development, cognitive skills, the temperament of each child, the acceptance strategies existing and previous experiences.

The preparation programs for surgery may change the child/family's perception and knowledge of the surgery, in order to convert the ineffective responses into adaptive responses of the child/family going trough surgery (contextual stimuli). The adaptive responses promote the person integrity and the purposes of adaptation to survival, growth, reproduction and dominance (Roy & Andrews, 2001). An appropriate preoperative program decreases anxiety, stress response and possible surgical postoperative sequels.

This report aims to present and analyze the training pathways, which lead to the Specialist Nurse in Pediatrics and Child Health skills development. It intends to reflect on the aims outlined, activities and skills development in clinical teaching that took place in four different clinical contexts.

The methodology was based on identifying the practices in the clinical contexts of training and on implementing evidence-based interventions, with the goal of providing an adequate preoperative preparation to the child/family. To be able to intervene, technical, cognitive and reflective skills had to be developed. The Roy Adaptation Model was applied in the learning process and in child/family nursing care.

Keywords: Child, preoperative preparation care, nursing care

ÍNDICE

	Pág
1.INTRODUÇÃO.....	8
2.PROBLEMÁTICA.....	11
3.ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	15
3.1.Quadro de Referência	15
3.2.Preparação Pré-operatória.....	17
4.PERCURSO FORMATIVO.....	24
4.1.Estágio na Consulta de preparação pré-operatória.....	25
4.2.Estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos.....	28
4.3.Estágio na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados.....	33
4.4.Estágio no Serviço de Internamento de Pediatria e Cirurgia do Ambulatório.....	40
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53

ANEXOS

ANEXO I – Regulamento da Unidade de Cirurgia do Ambulatório

ANEXO II – Critérios de Ilegibilidade do SNIPI

APÊNDICES

APÊNDICE I – Cronograma de Estágio

APÊNDICE II – Caracterização do serviço de internamento de Pediatria

APÊNDICE III – Desenvolvimento Infantil

APÊNDICE IV – Desenvolvimento Infantil Pré-escolar e Escolar

APÊNDICE V – Medos característicos do estadio de Desenvolvimento

APÊNDICE VI – Comunicação com a criança

APÊNDICE VII – Objetivos de Estágio: Consulta de preparação pré-operatória

APÊNDICE VIII – Registo de Observação

APÊNDICE IX – Objetivos de Estágio: Unidade de cuidados Intensivos Pediátricos

APÊNDICE X - Objetivos de Estágio: UCSP

APÊNDICE XI – Objetivos de Estágio: Serviço de Internamento de Pediatria e Unidade de Cirurgia de Ambulatório

APÊNDICE XII – Plano da sessão

APÊNDICE XIII – Grelha: Estadio de Desenvolvimento/Alvo de preparação/Tempo de duração/ Tempo entre a preparação e a cirurgia

APÊNDICE XIV – Estratégias de luta contra o medo adequada à etapa de desenvolvimento

APÊNDICE XV - Silhuetas

APÊNDICE XVI – *Kit* de Material lúdico-terapêutico

APÊNDICE XVII – Apresentação de fotografias

APÊNDICE XVIII – Folheto: “ O meu filho vai ser operado ... em regime de cirurgia de ambulatório”

APÊNDICE XIX – Folheto: “ O meu filho vai ser operado...como posso ajudá-lo a superar o medo da cirurgia?”

APÊNDICE XX – Registo de enfermagem na consulta de preparação

APÊNDICE XXI – Norma de procedimento: Consulta de enfermagem de preparação pré-operatória da criança e Família

APÊNDICE XXII - Norma de procedimento: preparação pré-operatória da criança e Família em contexto de internamento

APÊNDICE XXIII – Plano da sessão

APÊNDICE XXIV – Avaliação da sessão

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

O Relatório tem como propósito descrever e refletir sobre o percurso formativo durante o Estágio com Relatório, que visava a aquisição e desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria (EESIP).

A temática que orientou o desenvolvimento do estágio foi a preparação pré-operatória, com o enfoque no cuidado de enfermagem na preparação pré-operatória em contexto de consulta e de internamento, direcionado para a criança de idade Pré-escolar e Escolar e sua família.

A aspiração de abordar esta temática germinou da reflexão sobre os cuidados prestados à criança submetida a procedimentos cirúrgicos na minha Instituição, enquanto enfermeira a desempenhar funções na unidade de Internamento de Pediatria. A escolha de temática deveu-se então ao meu desejo de aprofundar o conhecimento na área de preparação para este procedimento e por necessidade manifesta dos responsáveis pela Unidade de Cirurgia do Ambulatório e serviço de Internamento de Pediatria.

A cirurgia da criança é potenciador de ansiedade e exacerbadora de medos e de ideias pré-concebidos, da criança/adolescente e da sua família, podendo resultar numa experiência traumática para a criança, com efeitos psicológicos persistentes (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011c).

A preparação da criança e sua família para a cirurgia é uma intervenção autónoma de enfermagem, incluída num contexto multiprofissional, em que o enfermeiro assume a responsabilidade pela prescrição e implementação de um conjunto de técnicas organizadas com a finalidade de minimizar o medo e a ansiedade da criança/adolescente e da sua família (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011c).

Um programa pré-operatório adequado, diminui o nível de ansiedade, a resposta ao stress cirúrgico e possíveis sequelas pós-operatórias (BROERING, 2008).

Ao aprofundar a temática da preparação pré-operatória dirigida à criança e família, através da revisão da literatura, verifiquei que perante esta temática, o desenvolvimento Infantil, a comunicação, seriam aspetos sobre os quais iria debruçar-me.

Foram encontrados vários artigos e relatórios de investigação sobre a temática, que me serviram de linhas orientadoras para o desenvolvimento do projeto de estágio e para a minha prática, que serão referenciados ao longo do relatório.

O Guia Orientador de Boa prática em enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Ordem dos Enfermeiros (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011c), no volume II, inclui o Guia “Diminuir o Medo da Cirurgia”, que pretende “dar resposta a um dos domínio das competências comuns do enfermeiro especialista que é a melhoria continua da qualidade” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011c p.7), constituindo um dos “critérios de avaliação necessários para a implementação de programas que visam a excelência dos cuidados às crianças, jovens e famílias” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011c, p.7) constituindo uma base estrutural para a melhoria continua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Foram traçados como objetivos gerais para o estágio: Desenvolver competências de enfermeiro especialista na prestação de cuidados à criança/adolescente e sua família aos três níveis de prevenção; Desenvolver competências de enfermeiro especialista na prestação de cuidados à criança e sua família, no pré-operatório, no contexto de internamento e de Ambulatório; Implementar uma consulta de enfermagem de preparação pré-operatória para a criança/família submetida à cirurgia no serviço de cirurgia do Ambulatório; Implementar a preparação pré-operatória durante o internamento prévio à cirurgia programada da criança/família no serviço de internamento de Pediatria.

O Estágio decorreu em quatro contextos clínicos distintos e em diferentes instituições, nomeadamente Consulta Externa de Pediatria/Consulta de preparação pré-operatória, Unidade de cuidados Intensivos Pediátricos e Neonatais, Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidade de Internamento Pediátrico e Unidade de Cirurgia de Ambulatório (Apêndice I).

De modo a garantir o anonimato das pessoas e organizações envolvidas, respeitando o regime jurídico relativo à informação em saúde (Lei nº 67/98 de 26 de Outubro; Diretiva nº 95/46/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 24 de

Outubro de 1995; Lei nº 12/2005 de 26 de Janeiro), neste relatório não será divulgado o nome das instituições, nem dos enfermeiros de referência.

O Modelo de adaptação, desenvolvida por Callista Roy norteou a minha reflexão ao longo dos diferentes estágios. A escolha deste Modelo deveu-se a sua aplicabilidade em diferentes contextos da prática de enfermagem, dando sustentabilidade científica à minha prática.

O percurso traçado permitiu o desenvolvimento de competências para o cuidado de enfermagem especializado, segundo o que está preconizado para o Enfermeiro Especialista, o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro) e as Competências específicas do EESIP (REGULAMENTO nº123/2011. D.R. II série).

O presente Relatório está organizado em seis capítulos, incluindo a introdução como primeiro capítulo e as referências bibliográficas como sexto capítulo. No segundo capítulo é feita a exposição da problemática e o enquadramento no projeto de estágio, o terceiro capítulo diz respeito enquadramento teórico, contextualizando e circunscrevendo a temática em estudo com bibliografia atualizada. O quarto capítulo é constituído por quatro subcapítulos, onde referente a cada estágio se procede à exposição e análise reflexiva e crítica dos objetivos, atividades e competências desenvolvidas. O quinto capítulo refere-se a considerações finais, onde é feita uma apreciação geral do percurso, limitações, perspetivas futuras, mudanças a nível individual e profissional, tendo em conta as experiências.

A metodologia utilizada na realização deste relatório foi descritiva e reflexiva, a análise da prática é importante para a aprendizagem, uma vez que permite a reflexão.

Encontra-se em anexo os documentos considerados pertinentes para a elaboração deste relatório.

2. PROBLEMÁTICA

A identificação da temática é o motor de construção do trabalho, é essencial uma vez que irá condicionar todo o desenvolvimento do projeto (MANY & GUIMARÃES,2006).

Quando existe um desvio entre uma situação desejável e uma situação considerada insatisfatória, existe uma problemática (MACE & PÉTRY, 2000 in FORTIN, 2009), um desvio que deve ser suprimido (FORTIN, 2009).

O tema de um estudo poderá estar ligado a preocupações clínicas, profissionais, comunitárias, psicológicas ou sociais, provêm de diversas fontes como os contextos clínicos, observações, trabalhos publicados, problemas sociais, conferências sobre os resultados de investigação, teorias, modelos conceptuais ou das prioridades estabelecidas pelos grupos científicos e profissionais (FORTIN, 2009).

A revisão de literatura é indispensável para definir corretamente o problema, ter uma ideia precisa sobre os conhecimentos de um tema, as suas lacunas e a contribuição da investigação para o desenvolvimento do saber (BURNS & GROVE,2003 in FORTIN,2009). Tendo como objetivos principais ter conhecimento do que foi escrito sobre o tema e esclarecer como o problema foi estudado (DUMAS, SHURPIN & GALLO,1995 in FORTIN,2009).

A problemática foi identificada na unidade hospitalar onde desempenho a minha atividade profissional, tratando-se da necessidade da implementação de um modo sistemático de um programa de preparação pré-operatória.

De modo a uma melhor compreensão da problemática em questão, irei abordar o circuito percorrido pelas crianças que são operadas no hospital onde trabalho.

As crianças seguidas na consulta externa que necessitam de intervenção cirúrgica, e não tem indicação para a unidade de cirurgia de ambulatório (U.CA.) são internadas no serviço internamento de Pediatria, no dia anterior à cirurgia e são operadas no bloco operatório central. Estas crianças, antes da cirurgia tem uma consulta com o anestesiolegista, mas não são submetidos a qualquer preparação. A Unidade de Internamento de Pediatria da instituição onde presto cuidados, por ser o único serviço de Internamento de Pediatria do Hospital, recebe crianças com

situações de saúde que precisam de intervenções terapêuticas, que podem ou não exigir cirurgia (APÊNDICE II).

No ano de 2011, no serviço de internamento de pediatria, contabilizou-se 530 internamentos, 76 destas crianças foram submetidas a cirurgia de Urgência e Programadas. Das crianças operadas, 11 foram internadas no dia anterior à cirurgia programada, 10 provenientes da U.C.A. por complicações pós-operatórias de cirurgias programadas, e as restantes 55 foram submetidas a cirurgias de urgência.

As crianças que necessitam de intervenção cirúrgica, e tem indicação para a cirurgia de ambulatório, são internadas no próprio dia e a cirurgia decorre no Bloco operatório próprio da U.C.A. Esta unidade recebe doentes de todas as idades, adultos e crianças. Crianças a partir do ano de idade e/ou dez quilos até aos dezoito anos de vida, assim como as respetivas famílias. A U.C.A. encontra-se caracterizada através do regulamento próprio, que se encontra em Anexo (ANEXO I)

Foram realizadas 406 cirurgias programadas na U.C.A. a crianças até aos 12 anos de idade, em que 302 tiveram consulta pré-operatória.

A consulta pré-operatória é realizada pelo enfermeiro da U.C.A., segue a norma nº33 existente na instituição (ANEXO I) e tem como população alvo os utentes das especialidades cirúrgicas de Cirurgia Geral, Ginecologia, Ortopedia e Otorrinolaringologia.

Nesta consulta a transmissão de informações sobre a cirurgia é dirigida para os pais em qualquer que seja a idade da criança. A carta de marcação de consulta, enviada para o domicílio, refere que os pais não necessitam de trazer a criança à mesma.

A equipa de enfermagem deste serviço refere que a consulta não está adequada à criança e sente a necessidade da cooperação de uma enfermeira especialista em Saúde Infantil e Pediatria para apoiar e reformular a consulta pré-operatória, no sentido de adequar a consulta à criança/família, tendo em conta a idade, desenvolvimento e nível de compreensão.

A implementação de um modo sistemático de um programa de preparação pré-operatória dirigido à criança/família, diminui o nível de ansiedade, a resposta ao stress cirúrgico e possíveis sequelas pós-operatórias (BROERING, 2011). A preparação para procedimentos reduz a ansiedade, promove a capacidade de adesão, oportunidade para ensinar novas habilidades, e facilita a sensação de

domínio da experiência do acontecimento stressante (HOCKENBERRY & WILSON, 2011).

Segundo Teixeira e Figueiredo (2009), a preparação pré-operatória promove comportamentos mais serenos, contribuindo para uma convalescença mais rápida, com ganhos em saúde e menor tempo de internamento. Os mesmos autores, no estudo realizado a crianças de 6 aos 12 anos, submetidas a preparação pré-operatória, quando comparadas com as crianças que não foram submetidas, expressam maior entendimento, aceitação e reconhecimento dos procedimentos cirúrgicos, estabelecem com maior facilidade, uma relação terapêutica com a equipa de enfermagem, relatam menos medo, encaram a experiência como fonte de aprendizagem, e a presença do familiar como tranquilizador (TEIXEIRA & FIGUEIREDO, 2009).

A Carta da criança hospitalizada fundamenta a necessidade da referida preparação pré-operatória, quando no nº4 refere que as crianças e os pais têm o direito de receber uma informação sobre a doença e os tratamentos, adequado à idade e à compreensão, a fim de poderem participar nas decisões que lhes dizem respeito. No nº 8 indica que a equipa de saúde deve ter a formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e da Família.

Esta carta é ainda, um referencial para linhas orientadoras da conceção de serviços para crianças e adolescentes, do relatório de atividades da Comissão Nacional de Saúde da criança e do adolescente, referente à organização dos cuidados Pediátricos. Que propõe um programa específico para os doentes cirúrgicos dos zero aos dezoito anos, em dia fixo, para todas as especialidades.

A intervenção de enfermagem na criança e família no pré-operatório é suportada pelo Código Deontológico do Enfermeiro (DECRETO-LEI Nº104/98). Pois no que se refere aos *Deveres em geral*, artigo 76, o enfermeiro assume o dever de exercer a profissão com adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem.

No artigo 81º, aos *valores Humanos*, o enfermeiro deve salvaguardar os direitos das crianças, protegendo-as de qualquer forma de abuso, aos *Dos direitos à vida e à qualidade de vida*, artigo 82º, enfermeiro deve participar nos esforços profissionais

para valorizar a vida e a qualidade de vida e finalmente a *Humanização dos cuidados*, no artigo 89º, o enfermeiro deve contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa.

Foram selecionados dois estádios de desenvolvimento para a aplicação do projeto de estágio, crianças pré-escolares e escolares. Foram excluídos os latentes e os *toddler* pois segundo a revisão de literatura realizada, a preparação pré-operatória deverá ser dirigida à criança a partir da idade pré-escolare, inclusive. A questão da idade inicial da criança que deve ser dirigida a preparação, encontra-se aprofundada noutro capítulo posterior. O Adolescente foi excluído do projeto pois o tempo para a aplicação do mesmo, era muito limitado para adaptar a consulta as especificidades necessárias para o atendimento ao adolescente.

Também para justificar o problema, de forma a descrever e caracterizar fenómenos, surge a necessidade de um modelo conceptual, que constitui um conjunto de conceitos e de proposições gerais que enunciam relações e fornecem um quadro de raciocínio lógico e próprio de investigação. Penso que o Modelo teórico de enfermagem que melhor se enquadra e justifica a necessidade da preparação pré-operatória é o de Calista Roy. Partindo desta premissa, este modelo serviu de suporte à minha prática e reflexão durante o estágio.

3 . ENQUADRAMENTO TEÓRICO

3. 1. Quadro de Referência

Segundo Fortin (2009), o quadro de referência consiste numa estrutura abstrata formada por uma ou várias teorias ou conceitos, reunidos em conjunto, devido às relações que eles têm com o problema. Confere ao estudo uma base conceptual ou teórica.

O Modelo teórico escolhido para suportar o trabalho, foi o Modelo de Adaptação de Roy (MAR).A escolha deste Modelo deveu-se a sua aplicabilidade em diferentes contextos da prática de enfermagem e porque a temática que me propus aprofundar durante este estágio tem a ver com a adaptação da criança e família a uma situação causadora de ansiedade, medo. Este modelo fundamentou a minha prática e reflexão concedendo sustentabilidade científica à minha prática.

O enquadramento metaparadigmático do Modelo de Adaptação de Roy, será descrito sucintamente, proporcionando o seu melhor entendimento.

A **Saúde** para Roy é um estado e um processo de ser e tornar-se uma pessoa total e integrada. A falta de integração representa a falta de saúde (ROY & ANDREWS, 2001).

O **Ambiente** é entendido como o mundo interior e exterior da pessoa, o ambiente em mudança estimula a pessoa, neste caso a criança/ família a criar respostas adaptáveis ou ineficazes (ROY & ANDREWS, 2001). Existem três classes de estímulos que constituem o meio ambiente da pessoa: focal, contextual e o residual, que se juntam para criar o nível de adaptação da pessoa.

O Estimulo focal é o estímulo interno ou externo que confronta a pessoa imediatamente.

Os estímulos contextuais são todos os outros estímulos internos ou externos evidentes na situação que contribuem para o comportamento. Provocado pelo estímulo focal, não são o centro da atenção da pessoa mas influenciam a forma como a pessoa lida com o estímulo focal.

Os estímulos residuais são fatores ambientais dentro e fora da pessoa, cujos efeitos não são centrais na situação atual.

A mudança nos estímulos interiores e exteriores gera stress nas capacidades de resistência da pessoa (ROY & ANDREWS, 2001).

O **recetor dos cuidados de Enfermagem**, pode ser uma pessoa, família, grupo, uma comunidade ou uma sociedade como um todo, neste caso o recetor de cuidados de enfermagem é a criança e sua família no pré-operatório, sendo encarada como um sistema holístico adaptável (ROY, 1984 in ROY & ANDREWS, 2001).

O objetivo de **Enfermagem** constitui na contribuição por parte da enfermagem para o objetivo global dos cuidados de saúde, isto é, promover a saúde dos indivíduos e da sociedade. E ainda a promoção da adaptação nos quatro modos, contribuindo para a saúde da pessoa, qualidade de vida e morte com dignidade (ROY & ANDREWS, 2001).

A cirurgia implica um conjunto de adaptações, e consequências que podem interferir nos quatro modos de adaptação da criança/família: modo fisiológico, modo de autoconceito, modo de função na vida real, modo de interdependência, sendo através destes, que as respostas se dão e o nível de adaptação pode ser observado (ROY & ANDREWS, 2001).

Segundo Roy e Andrews (2001), o nível de adaptação é o nome atribuído ao ponto de mudança que representa a capacidade da pessoa para responder positivamente numa situação. A promoção da adaptação, através de respostas eficazes, contribui para a saúde da pessoa, para a sua qualidade de vida e para uma morte com dignidade.

O Enfermeiro promove a adaptação em situações de saúde e doença, para aumentar a interação da pessoa com o ambiente, promovendo a adaptação. Sendo necessário identificar os estímulos que influenciam os comportamentos.

Sendo assim, as intervenções de enfermagem envolvem a avaliação do comportamento e os estímulos que influenciam a adaptação. A intervenção é planeada para lidar com estes estímulos.

Roy (2001) apresenta alguns estímulos comuns que afetam a adaptação como a cultura, família, estágio de desenvolvimento, integridades e modos adaptáveis.

A gestão dos estímulos (Ambiente) aumenta a capacidade dos mecanismos de resistência, modificando um comportamento ineficaz em adaptável.

Os mecanismos de resistência são encarados como formas inatas ou adquiridas de responder ao ambiente em mudança, que podem ser denominados de subsistema regulador e subsistema cognitivo (ROY & ANDREWS, 2001).

Os enfermeiros em colaboração com a criança/família devem identificar os estímulos focais, contextuais ou residuais, para contribuir para essa adaptação (ROY & ANDREWS, 2001).

Os programas de preparação para a cirurgia podem alterar a percepção e o conhecimento que a criança/família tem da cirurgia, no sentido de converter as respostas ineficazes em respostas adaptáveis da criança/família submetida à cirurgia (estímulos contextuais). As respostas adaptáveis promovem a integridade da pessoa e os objetivos de adaptação, a sobrevivência, o crescimento, a reprodução e o domínio (ROY & ANDREWS, 2001).

Os mecanismos de resistência adquiridas para responder ao ambiente em mudança são desenvolvidos através de processos como a aprendizagem, que poderá ser atingido através da preparação pré-operatória, abordada no sub-capítulo seguinte.

3.2. Preparação pré-operatória da criança

No período que antecede a anestesia, mais frequentemente em crianças mais novas, a ansiedade pode manifestar-se através de alterações de comportamento, e verbalização dos seus medos (MORO&MODOLO, 2004; KAIN et al, 2006). Frequentemente tornam-se agitadas, apresentando uma respiração profunda, tremores, choro e incontinência urinária (MORO&MODOLO, 2004).

A ansiedade, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010b), é uma emoção negativa representada por sentimentos de ameaça, perigo ou angústia.

De acordo com Moro e Modolo (2004) a ansiedade é definida como um conjunto de manifestações comportamentais. Que poderá ser uma condição emocional temporária, definindo-se como estado de ansiedade ou poderá ser uma característica da personalidade definindo-se como um traço de ansiedade.

Os mesmos autores descrevem as alterações de comportamento mais frequentes nas crianças no pós-operatório, não fazendo referência se estas foram

submetidas a preparação pré-operatória. As alterações de comportamento descritas, são as seguintes: enurese noturna, distúrbios alimentares, apatia, insônia, pesadelos e sono agitado, estas alterações podem persistir até um ano. Enumeram ainda os fatores que influenciam a ansiedade e o comportamento no período peri-operatório, como a idade, o temperamento, experiência prévia, a presença dos pais e a dor. (MORO&MODOLO, 2004).

As reações das crianças, sem preparação pré-operatória estão associadas a alterações comportamentais, a informação sobre situações potencialmente stressantes permite à criança e família, um maior sentido de controlo cognitivo (PETERSON & MORI, 1988 in BARROS, 1998; KIYOHARA et al., 2004; ANDRAUS et al, 2004).

O estudo de Teixeira e Figueiredo (2009), cuja população em estudo foi a criança de 6 aos 12 anos, referenciado no capítulo anterior, afirma que informação prévia acerca de todo o processo cirúrgico permite mudanças comportamentais como a diminuição da ansiedade, do medo, a expressão de amizade ou bem-estar.

Leventhal e Johnson (1980) in Barros (1998) defende que:

“o fornecimento de informação objetiva e concreta sobre situações stressantes facilita o confronto com as mesmas, devido à formação de esquemas cognitivos que permitem aumentar o grau de previsibilidade, diminuir o grau de discrepância entre o esperado e o vivido e aumentar a capacidade do indivíduo para compreender e interpretar a experiência”.

Segundo Hockenberry e Wilson (2011), as crianças submetidas a procedimentos cirúrgicos necessitam de preparação física e psicológica, sendo esta ultima semelhante para qualquer procedimento doloroso. Estes mesmos autores defendem que podem ser utilizadas algumas das mesmas técnicas, existindo no entanto diferenças importantes, a ter em consideração, pois uma criança submetida ao procedimento cirúrgico está sujeita a inúmeros procedimentos.

Esta preparação deverá ter em conta as especificidades de cada faixa etária, desenvolvimento, capacidades cognitivas, o temperamento de cada criança, as estratégias de aceitação existentes e experiências prévias (HOCKENBERRY e& WILSON, 2011).

O conhecimento de cada etapa de desenvolvimento é então essencial. A caracterização dos vários estádios de desenvolvimento quanto ao desenvolvimento

Cognitivo, Psicossocial, Social, Moral, Imagem corporal, Espiritual e sexualidade dos vários estádios de desenvolvimento encontra-se descrito em anexo (APÊNDICE III). E mais especificamente nas crianças pré-escolares e escolares (APÊNDICE IV).

Em cada faixa etária foram identificados medos, que são considerados normais. (BRAZELTON, 2010; HOCKENBERRY & WILSON, 2011; ODRIOZOLA, 2001 in ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010c; PAPALIA, 2009) (APÊNDICE V).

Não abordarei, neste trabalho, os medos considerados normais das crianças de todas as faixas etárias, apenas debruçarei sobre os medos, das crianças das etapas de desenvolvimento de aplicação do projeto de estágio, caracterizadas anteriormente.

A **criança Pré-escolar**, dos 3 aos 6 anos, apresenta uma grande variedade de medos reais e imaginários, sendo os mais frequentes: escuro, de ficar sozinho, animais, ruídos fortes, fantasmas, monstros, bruxas, assuntos sexuais como a castração, objetos ou pessoas associadas à dor, aniquilação (temem perder partes do corpo em certos procedimentos), própria morte (5 anos), pessoas “más” (5anos) e atribuem qualidades de seres vivos a objetos inanimados (animismo) (BRAZELTON, 2010; HOCKENBERRY & WILSON, 2011;; PAPALIA, 2009).

A **criança Escolar**, dos 6 aos 11/12 anos, apresenta: medo do escuro; medos relacionados com a escola e a família; medo da morte mas são fascinadas pelos aspetos da morte e do morrer; o medo de barulhos, escuro, tempestades e cães diminuem; menos medo da insegurança, mas ainda continuam com medo de serem raptadas ou necessitarem de uma cirurgia, apresentam menos preocupação excessiva com comportamentos passados, constrangimento e isolamento social, tem necessidade excessiva de confiança. Aos 7-8 anos apresentam medo de seres sobrenaturais e eventos dos média. Aos 9 aos 12 anos preocupam-se com exames da escola e o desempenho escolar, ferimentos físicos e aparência física (BRAZELTON, 2010; HOCKENBERRY & WILSON, 2011; PAPALIA, 2009).

Moro e Modolo (2004), no artigo de revisão, identificam os principais medos da criança no pré-operatório, não especificando a idade: o medo da separação dos pais, incerteza relacionada com a anestesia, com cirurgia e com os resultados do procedimento, medo de sentir dor, de não sobreviver e de ouvir sons estranhos.

Outros autores descrevem como principais fatores intrínsecos a uma cirurgia ou do internamento associado a esta: a separação do seu ambiente, das atividades lúdicas habituais, alteração de rotinas e resultados do procedimento (BROERING & CREPALDI, 2008; JUSTUS et al, 2006; MORO& MODOLO, 2004).

Um programa de intervenção pré-operatória permite que a criança submetida a uma intervenção cirúrgica, revele uma maior compreensão e aceitação não só da cirurgia, como também dos procedimentos de que é alvo, apresentando mudanças comportamentais como a redução da ansiedade e a redução do medo (TEIXEIRA & FIGUEIREDO, 2009).

Segundo Watson e Visram (2003), os programas de preparação pré-operatórios dirigidos à criança e sua família, não especificando a idade da criança, podem ser constituídos por informação narrada, escrita, visita hospitalar, vídeos informativos, bonecos, técnicas de relaxamento ou teatralização com a participação das crianças simulando o médico ou o paciente.

Barros (2003) refere que os programas de preparação, não especificando a idade da criança, devem ter como técnicas primordiais, a transmissão de informação, a modelagem, a brincadeira lúdica, a dessensibilização sistemática, o ensaio comportamental, a terapia narrativa, o jogo de profissional de saúde, a distração, o relaxamento e o treino dos pais. Os programas baseados na modelagem e brincadeira lúdica têm sido os mais utilizados e estudados.

A distração é uma técnica muito utilizada na preparação pré-operatória, partindo do princípio que prestar atenção a dois estímulos diferentes ao mesmo tempo é difícil, quando há dor, a atenção pode ser dirigida para outro estímulo, com o intuito de diminuir a experiência consciente de dor. Esta distração poderá ser proporcionada através de histórias, contos infantis, atividades verbais e exercícios de respiração.

Outra técnica é o relaxamento, que pode potenciar a distração, mas também pode ser utilizada isoladamente (MOIX, 1996; POWER,1999).

Segundo Yamada e Bevilacqua (2005) citado por Broering e Crepaldi (2008), deverá ser proporcionado à criança, não especificando a idade, um espaço para que esta se familiarize e dramatize situações que irá experienciar no processo cirúrgico, como o contato com materiais hospitalares, procedimentos curativos e teatralização da situação hospitalar através de brinquedos.

As orientações do circuito peri-operatório da cirurgia, dos cuidados pós-operatórios, do serviço onde vai ser intervencionado e indução anestésica são importantes na interação e relação de confiança da criança e família com a enfermeira. A experiência anterior é um fator que pode condicionar a preparação (SAMPAIO e tal,2009).

De acordo com Salmon (2006), a preparação para procedimentos médicos e cirúrgicos, deve incidir na informação sobre os detalhes da experiência a vivenciar e no ensino de estratégias de confronto. A informação visa a antecipação dos procedimentos, promovendo a sua compreensão.

A preparação deverá ser dirigida às necessidades identificadas na criança e sua família. A transmissão de informação através de uma linguagem clara e uma atitude disponível, é essencial para que a criança e família expressem os seus sentimentos (OLIVEIRA et al, 2005) e para o estabelecimento de uma relação empática (FESTAS,1994 cit in OLIVEIRA et al, 2005).

A informação fornecida na preparação pré-operatória deve ser, sempre que possível, baseada em material elucidativo e adaptado à faixa etária, no sentido de maximizar a comunicação e a sua interiorização (TEIXEIRA & FIGUEIREDO, 2009).

As técnicas de comunicação adequadas a cada estadio de desenvolvimento podem ser usadas para facilitar a comunicação (HOCKENBERRY & WILSON, 2011). Sendo a maximização da comunicação importante para a preparação pré-operatória, como referido anteriormente, as principais técnicas encontram-se descritas em anexo (APÊNDICE VI).

Segundo Fontes (2010), uma das estratégias que ajuda a criança, não especificando a idade, a compreender e assimilar o procedimento cirúrgico é o uso do brinquedo terapêutico.

O brinquedo terapêutico é uma estratégia de comunicação muito eficiente com a criança (ALMEIDA & BOMTEMPO, 2004; HOCKENBERRY & WILSON, 2011), que possibilita entender como a criança se sente, o que pensa em relação a determinado acontecimento e permite a transmissão de informações de forma clara e concreta (ALMEIDA & BOMTEMPO, 2004). É um meio de expressão de sentimentos e proporciona diversão, relaxamento, diminuição da ansiedade da separação, alívio das tensões, uma recuperação mais efetiva, uma melhor aceitação

ao tratamento e uma redução dos efeitos traumáticos da hospitalização (NEIRAHUERTA, 1996, FALEIROS; SADALA; ROCHA, 2002 in FONTES,2010).

O brincar é um meio de expressão das emoções da criança, das suas preocupações e percepções em relação à experiência de hospitalização, diminuindo o sentimento de impotência da realidade hospitalar (RIBEIRO,1986, NEIRAHUERTA, 1996, ANGERAMI-CAMON, 1998, MARTINS et al., 2001,FALEIROS, SADALA, ROCHA, 2002 in FONTES et al, 2010). É uma atividade inerente ao comportamento infantil e fundamental para o seu bem-estar.

Segundo Azevedo et al. (2008), o brincar desempenha um papel importante, capacita a criança a sentir-se mais segura num ambiente desconhecido entre pessoas estranhas.

Brincar é a estratégia mais adequada para dar a conhecer o ambiente hospitalar, permitindo o manuseamento dos materiais hospitalares (OLIVEIRA e tal, 2005). A utilização do brincar para fornecer informações sobre temas de saúde, em todas as faixas etárias, aumentam a probabilidade da criança e sua família apresentarem comportamentos mais ativos em relação ao ambiente hospitalar (COSTA JR, COUTINHO E FERREIRA,2006).

A ansiedade apresentada pelos pais no período pré-operatória está relacionada com ansiedade pré-operatória da criança submetida à cirurgia (KAIN et al,2006). Posto isto, as intervenções de enfermagem nos programas de preparação para cirurgia devem se dirigir também os pais, visando a redução da ansiedade dos mesmos (KAIN et al, 2006).

Orientar os pais é uma técnica que tem um papel relevante, mas não deverá ser a única utilizada pois os pais têm suas limitações e são afetados pela situação de doença e hospitalização (BROERING & CREPALDI, 2011).

O Enfermeiro deve-se dotar de competências para apoiar e preparar a criança e sua família, sendo capaz de desencadear na criança e sua família uma sequência de comportamentos e estratégias de adaptação, de modo a conseguirem lidar com os desafios mantendo o equilíbrio (SAMPAIO e tal,2009).

Neste sentido o Enfermeiro deve identificar o nível de adaptação, as capacidades de resistência, identificar dificuldades e intervir para promover a adaptação (ROY & ANDREWS, 2001) ou seja, o enfermeiro deve promover a adaptação da criança/família à cirurgia.

A eficácia com que o enfermeiro pode auxiliar a criança/família, na promoção da adaptação, depende da compreensão da situação e colaboração da enfermeira com a criança/família (ROY & ANDREWS, 2001).

3. PERCURSO FORMATIVO

O percurso formativo foi feito em diferentes contextos de prestação de cuidados de enfermagem. Neste capítulo pretendo apresentar e analisar o percurso de formação no sentido do desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em saúde Infantil e pediatria, nos diferentes campos de estágio. Este capítulo está dividido em subcapítulos, correspondentes aos diferentes ensinamentos clínicos. Para cada local de estágio estão descritos os objetivos, as atividades desenvolvidas para a aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria.

Segundo Fleury & Fleury (2001), competência é um saber agir responsável e reconhecido, que implica integrar, mobilizar e transferir conhecimentos, recursos e habilidades. Para este mesmo autor, o *Saber Agir* é saber o que, e porque faz, saber julgar, escolher e decidir; o *Saber mobilizar recursos* como criar sinergia e mobilizar recursos e competências; o *Saber comunicar* como compreender, trabalhar, transmitir informações e conhecimentos; o *Saber aprender*, trabalhar o conhecimento e a experiência, rever modelos mentais e saber desenvolver-se; o *Saber envolver-se e comprometer-se*, saber empreender, assumir riscos e comprometer-se; o *Saber assumir responsabilidades*, ser responsável, assumindo os riscos, consequências das suas ações e sendo por isso reconhecido; o *Ter visão estratégica*, conhecer e entender o negócio da organização, o seu ambiente, identificando oportunidades e alternativas.

Segundo Benner (2005), o Enfermeiro passa por cinco níveis de competência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Com a experiência e o domínio a competência transforma-se, levando ao melhoramento da atuação, mas nem todas as enfermeiras serão capazes de se tornarem peritas.

A enfermeira proficiente percebe as situações na sua globalidade e não em aspetos isolados, as ações são orientadas por máximas, orienta-se diretamente sobre o problema. A Enfermeira perita não se apoia sobre uma máxima, age a partir da compreensão profunda da situação global, o contexto e as significações associadas às situações clínicas influenciam as competências da perita (BENNER, 2005).

Tendo como objetivo me tornar perita, através da aquisição de competências ao longo dos estágios. Estes objetivos foram definidos depois de ter feito a identificação das competências a adquirir ou a desenvolver e tendo presente o projeto de implementação da preparação pré-operatória a crianças pré-escolares e escolares.

Os objetivos gerais do estágio foram:

- Desenvolver competências de enfermeiro especialista na prestação de cuidados à criança/adolescente e sua família aos três níveis de prevenção;
- Desenvolver competências de enfermeiro especialista na prestação de cuidados à criança e sua família, no pré-operatório, no contexto de internamento e de Ambulatório;
- Implementar uma consulta de enfermagem de preparação pré-operatória para a criança/família submetida à cirurgia no serviço de cirurgia do Ambulatório;
- Implementar a preparação pré-operatória durante o internamento prévio à cirurgia programada da criança/família no serviço de internamento de Pediatria;

Para cada contexto clínico foram definidos objetivos, decorrente dos anteriores.

4.1. Estágio na Consulta de preparação pré-operatória

A escolha deste campo de estágio pautou-se por variadas razões. No que concerne à preparação pré-operatória é um serviço de referência nacional, onde as crianças são preparadas para uma grande diversidade de cirurgias. Os Enfermeiros têm grande experiência na área, havendo mesmo enfermeiros peritos na área da preparação pré-operatória.

Para este ensino clínico tracei como objetivos: identificar as práticas da consulta de preparação pré-operatória e desenvolver capacidade de comunicação com a criança e família de acordo com as suas características e etapa do desenvolvimento. Os objetivos de estágio e atividades encontram-se descritos em Anexo (APÊNDICE VII).

No início do estágio a expectativa de novas aprendizagens e oportunidades era imensa, pois esta consulta como dito anteriormente, é uma consulta de referência. Tinha o intuito de aprender o máximo, para conjugar com saberes provenientes de conhecimentos teóricos adquiridos nas aulas, da leitura de documentos de referência e evidência científica e ainda da minha experiência profissional, conseguindo contributos para a implementação do projeto de estágio na minha Instituição e adquirir as competências de EESIP.

Com o objetivo de identificar as práticas da consulta de preparação cirúrgica adequada à criança e família de diferentes idades, realizei pesquisa bibliográfica sobre a temática. Como o conhecimento nesta área, inicialmente era reduzido, a pesquisa foi orientada e discutida com a Enf^a de referência.

Construí um instrumento de observação para orientar a minha observação das práticas utilizadas na consulta e conjugá-las com a evidência científica (APÊNDICE VIII).

A participação nas consultas de preparação pré-operatória, permitiu-me desenvolver competências geradoras de boas práticas. Que foram um contributo importante para a implementação do projeto de estágio e para a aquisição de competências como EESIP.

Tive oportunidade de praticar algumas das técnicas mais utilizadas na preparação pré-operatória como: a brincadeira lúdica, técnicas de distração, transmissão de informação através de folhetos, informação sobre a intervenção cirúrgica e ensino de técnicas de relaxamento.

Tomei conhecimento dos vários materiais que poderão ser utilizados na preparação como livros, puzzle, material hospitalar, fotos e vídeos e treinei a sua utilização.

Na fase inicial da consulta é efetuada a colheita de dados, através da observação e do diálogo com a criança e família. Os dados são recolhidos segundo o Modelo de Nancy Roper, de acordo com idade e estadio de desenvolvimento. Nesta consulta, como refere ROY & ANDREWS (2001) o enfermeiro antecipa as potenciais respostas ineficientes secundárias ao estímulo, da criança/família, preparando-os para as mudanças através do fortalecimento dos mecanismos de enfrentamento regulador e cognitivo, visando a manutenção da resposta adaptativa.

Durante a consulta é realizada a história da dor segundo o guia orientador de boa prática, da Ordem dos Enfermeiros. É aplicada a escala de dor mais adequada as características da criança, podendo ser utilizadas as seguintes escalas: a Escala de Faces de Wong-Baker, numérica, visual analógica e a escala "Douleur Enfant San Salvadour para crianças com limitações verbais, cognitivas e comportamentais.

Ao longo do estágio, desenvolvi competências na área de comunicação com a criança e família e no âmbito da multiculturalidade, uma vez que, a preparação tinha em conta diferentes raças e etnias, respeitando os seus hábitos e costumes, e a sua individualidade.

O estágio nesta consulta constituiu um grande contributo para aquisição de competências do EESIP, devido a partilha de experiências e saberes desta enfermeira de referência. Esta apresentava um vasto conhecimento sobre as diversas cirurgias, sobre estratégias de preparação para procedimentos, participa ativamente no grupo de trabalho de controlo da dor da instituição, e apresentava uma capacidade de comunicação com a criança e família, apropriada à idade e estágio de desenvolvimento. Esta partilha referida anteriormente e reflexão diária das práticas com a EESIP de referência, permitiu-me desenvolver competências relacionais e terapêuticas adaptadas à individualidade da criança e sua família, para além de aperfeiçoar as competências comunicacionais de acordo com o estágio de desenvolvimento e cultura.

Conseguindo assim atingir o objetivo anteriormente referido: desenvolver capacidade de comunicação com a criança e família de acordo com as suas características e etapa do desenvolvimento.

A EESIP perita na área que implementou esta consulta de preparação pré-operatória neste serviço, em conversa informal, relatou-me um aspeto para si considerado primordial, o desenvolvimento infantil, referiu que a Enf^a que realiza a consulta deve ser perita em desenvolvimento Infantil. O que me despertou para importância deste aspeto na preparação pré-operatória, orientou a minha pesquisa e construção de um programa de preparação pré-operatório adequado.

No âmbito da preparação para procedimentos, nomeadamente a preparação pré-operatória, achei pertinente assistir à sessão sobre os "Direitos da criança Hospitalizada", organizada pelo sector de Humanização dos serviços de atendimento à criança do Instituto de apoio à criança. Nesta sessão foi apresentado

o “Kit Dói que não Dói”, onde integra um *kit* de material lúdico-terapêutico direcionado para a preparação pré-operatória e para outros procedimentos. Tive assim, oportunidade de conhecer outro *kit* de material lúdico-terapêutico apropriado à preparação pré-operatória.

Neste evento, também foi lançado o livro “Zebedeu – Um Príncipe no Hospital”, um livro adequado às crianças, que lhes dá a conhecer a sua condição enquanto sujeito de direitos, tendo em conta os direitos reconhecidos na Carta da Criança Hospitalizada.

Este ensino clínico, foi muito positivo na medida em que contribuiu para a minha formação, permitindo a maximização de saberes que posteriormente foram utilizados para implementar o projeto de estágio. Contribuiu também para a minha intenção, de ser um agente facilitador de aprendizagem tributando para a prática especializada na minha instituição.

Quanto às competências de Enf^o Especialista, o presente estágio permitiu o desenvolvimento e aperfeiçoamento das seguintes: Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; no Domínio da Melhoria da Qualidade: colabora em programas de melhoria contínua da qualidade, planeia programas de melhoria contínua (programa de preparação pré-operatória), cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro, promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo. E quanto às competências de EESIP, assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde, diagnostica precocemente situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem, cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

4.2. Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

Outro local onde estive a estagiar foi numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos.

Este estágio teve início com uma visita guiada ao Hospital, pela Enf^a Chefe da Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos e Neonatais. Tive oportunidade de conhecer a dinâmica Hospitalar e a Unidade de cuidados Intensivos Pediátricos,

assim como a estrutura física da mesma, as patologias mais frequentes das crianças internadas neste serviço e a filosofia de cuidados.

O presente estágio foi iniciado com alguma expectativa e ansiedade, pelo facto de cuidar de crianças e jovens e sua família em situação de doença grave, e pela especificidade deste serviço, pois não tinha qualquer experiência em cuidados intensivos.

Ciente de que nesta unidade, a capacidade de diagnosticar e intervir precocemente é primordial, a primeira semana de estágio foi essencialmente de observação, para me familiarizar com o método de trabalho, os cuidados prestados à criança e as funções de gestão da EESIP neste serviço.

Neste local de estágio, propus-me desenvolver competências de enfermeiro especialista na prestação de cuidados à criança/adolescente e sua família, no contexto de cuidados intensivos pediátricos. Os objetivos e atividades traçadas para este estágio encontram-se em anexo (APÊNDICE IX).

Tendo como intuito alcançar as Competência de EESIP, E1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde, E1.2 - Diagnostica precocemente situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem e a E2: Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, E2.1 - Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados.

Pela sua situação de saúde, as crianças que estão numa Unidade de Cuidados Intensivos, necessitam de cuidados de enfermagem que envolvem grande complexidade, razão pelo qual o meu desempenho neste local de estágio cingiu-se à observação participante nas primeiras duas semanas.

Como foi dito anteriormente, a EESIP que me servia de referência desempenhava funções de gestão do serviço, mas também prestava cuidados diretos às crianças que necessitavam de cuidados especializados ou dava apoio a todos os colegas nas situações de maior complexidade. Colaborei nas suas funções de gestão do serviço e dos cuidados, discuti-mos as suas intervenções, justificação e repercussão nos cuidados. Permitiu-me assim, constatar o papel primordial do EESIP no cuidar da criança/jovem e família em contexto de cuidados intensivos. Tanto como gestor do serviço, como na prestação de cuidados, no seu papel junto às famílias das crianças internadas e o no seu papel na comunidade. Sendo na

prestação de cuidados direta, um perito nas situações de especial complexidade e no reconhecimento de situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte.

Observei ainda, que na equipa multidisciplinar a EESIP assumia um papel de líder e de referência, quer entre os enfermeiros, quer na equipa multidisciplinar. Sendo reconhecida como um elemento fundamental na gestão do serviço e na sua tomada de decisão na prestação de cuidados.

Posto isto, este estágio permitiu-me compreender e desenvolver as competências do Enfermeiro especialista: no domínio da responsabilidade profissional ética e legal, demonstrar tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada, liderar de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade, avaliar o processo e os resultados da tomada de decisão, gerir na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente; no domínio da gestão dos cuidados; Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Num contexto de cuidados intensivos, que a criança se encontra numa situação de doença grave, a capacidade de enfrentamento da pessoa varia com o seu estado em ocasiões diferentes, razão pela qual, o cuidado de enfermagem deve ser delineado para promover as respostas adaptativas em situações de saúde e de doença (ROY & ANDREWS, 2001). Neste caso a criança e sua família poderão ser consideradas como um sistema. No entanto, a família da criança pode ser vista por si só, um sistema adaptativo vivo. Que ao passar por esta experiência de ter o filho em cuidados intensivos, poderá apresentar comportamentos que podem ser classificados com respostas adaptativas ou respostas ineficientes.

As minhas intervenções junto da criança/família, pautaram-se sempre numa conduta responsável e ética. Observei as respostas fisiológicas que a família apresentava, relacionadas com o sono e repouso, nutrição, eliminação, visto que, muitos deles esquecem-se deles próprios, não comem de forma regular, não tem períodos de descanso, pois permanecem com a criança longos períodos durante a hospitalização.

No modo do autoconceito, tentei perceber como a família se estava a sentir perante esta situação e se foi gerador de algum distúrbio; no modo de função do papel, tentei identificar como a família se relaciona com as pessoas ao seu redor, o

tipo de rede de apoio familiar e social, e de que forma a doença e hospitalização da criança gera alguma alteração no seu relacionamento social. No modo de interdependência, tentei avaliar se as necessidades afetivas estão ser colmatadas, se apresenta por exemplo tristeza.

Quando observava uma resposta ineficiente por parte da família, após discussão com enfermeira de referência, delineava cuidados de enfermagem no sentido da promoção de respostas adaptativas.

A família da criança internada na Unidade de Cuidados Intensivos, necessita de se adaptar à nova realidade e procurar formas de enfrentamento. A situação de saúde da criança desencadeia, assim como à sua família, medo e insegurança (estímulos internos) originando desequilíbrio emocional. Que juntamente com o desestruturar da dinâmica familiar e social (estímulos externos), exigem a mobilização de mecanismos de enfrentamento até alcançar a adaptação.

De acordo com Roy e Andrews (2001), o ambiente é considerado o mundo exterior da criança/ família, não apenas o ambiente hospitalar, mas circunstâncias e influências que afetam o comportamento da criança/família durante hospitalização.

As minhas intervenções foram no sentido de avaliar o comportamento e os estímulos que influenciam a adaptação e permitir a interação da criança/família com o meio ambiente, promovendo a adaptação, através de ações facilitadoras. Para promover respostas adaptativas da família, demonstrei disponibilidade para escutar e para esclarecer dúvidas.

No caso de algumas crianças com doença crónica internadas, observei que a equipa de enfermagem, apresenta uma forte relação de proximidade com os pais, o que induz uma relação de parceria, havendo negociação, partilha de responsabilidades e de cuidados.

A importância da presença da família nos cuidados de enfermagem esteve presente desde o início da profissão, já Florence Nightingale enfatizava a importância da família e do meio ambiente doméstico no cuidado ao doente. Anteriormente a 1990, algumas especialidades, como a enfermagem pediátrica, já valorizava o cuidado à família, atualmente a família é reconhecida como uma unidade de cuidado (PINTO, 2010). O cuidado centrado na família, filosofia deste serviço, tem como objetivo promover a saúde e o bem-estar dos indivíduos e família e restabelecer seu controle e dignidade (PINTO,2010).

Quanto à intervenção na comunidade, tive a oportunidade participar nas atividades da UMAD (Unidade Móvel de Apoio Domiciliário), projeto iniciado em junho de 2009 com o apoio de uma Fundação em articulação com a equipa de saúde da Unidade de cuidados Intensivos e Especiais Neonatais e Pediátricos. O serviço de Cuidados intensivos Pediátricos abraça este projeto, com o objetivo de prestar cuidados domiciliários a crianças com doença respiratória crónica. Devido à escassez de recursos humanos e de tempo, a população alvo foi limitada às crianças/jovens com ventilação não invasiva no domicílio. Alargando-se posteriormente a crianças com patologia do foro hematológico.

Este Projeto tem como objetivos específicos: reforçar as competências da criança/jovem com ventilação não invasiva, diminuir a ansiedade parental, articular com as estruturas comunitárias de saúde, em particular com o Centro de Saúde de referência de cada família, reduzir o tempo de internamento, reduzir os custos com o internamento, reduzir a taxa de reinternamentos, administrar terapêutica no domicílio, realizar colheitas de sangue e/ou outros procedimentos invasivos, prevenir situações de maus-tratos e /ou negligência, prevenir acidentes domésticos, promover práticas educativas eficazes, promover o desenvolvimento psicomotor da criança, reverter alterações emocionais e comportamentais na criança/jovem.

Desenvolver competências nesta área de intervenção na comunidade, continua a ser um desafio para a enfermagem, tendo o EESIP uma grande importância no seu estabelecimento.

O presente ensino clínico, foi considerado por mim enriquecedor a nível de gestão e da prática de cuidados. Penso que os objetivos traçados foram atingidos, tive a oportunidade de conhecer de forma mais aprofundada as necessidades da criança da sua família neste contexto, bem como as intervenções realizadas pela equipa junto da criança. Contribuiu também, para a compreensão do exercício profissional do EESIP nos seus diferentes domínios, nomeadamente, no domínio da responsabilidade ética e legal.

O REPE (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, DECRETO-LEI nº 161/96 de 4 de Setembro), no artigo 8º nº1, refere que no exercício das suas funções, o enfermeiro deverá adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos. No artigo 9º nº4, alínea b) enfermeiro decide sobre técnicas e meios a utilizar na prestação de

cuidados de enfermagem, potenciando e rentabilizando os recursos existentes, criando a confiança e a participação ativa do indivíduo, família, grupos e comunidade, aliena d) os enfermeiros participam na coordenação e dinamização das atividades inerentes à situação de doença/doença, quer o utente seja seguido em internamento, ambulatório ou domiciliário.

Este estágio inicialmente aparentava ser complexo, pela minha inexperiência no âmbito de cuidados intensivos. Foi muito enriquecedor, uma vez que prestei cuidados individualizados e especializados a crianças com situações graves de saúde necessitando cuidados de grande complexidade. E as crianças e famílias com diferentes características, idade, patologias, culturas e nível económico, característico da população alvo deste Hospital, o que representou assim uma mais-valia para a minha aquisição de competências como EESIP.

4.3. Estágio na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados - UCSP

Estagiar na UCSP, foi uma opção considerada ideal, pela sua ligação com a Instituição Hospitalar onde presto cuidados, pois as crianças abrangidas pela área de influência deste Centro de Saúde recorrem também ao serviço Hospitalar. E ainda pela vontade de ter uma perspetiva dos cuidados de Saúde Infantil e adquirir competências nessa área dos cuidados primários.

Para este ensino clínico tracei como objetivo geral: desenvolver competências de enfermeiro especialista na prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

E como objetivos específicos: Conhecer a dinâmica do centro de saúde no âmbito dos cuidados prestados à criança/jovem e família; Promover o crescimento e o desenvolvimento infantil; Desenvolver capacidade de comunicação com a criança e jovem de acordo com as suas características e etapa de desenvolvimento

Os objetivos de estágio e atividades encontram-se descritos em Anexo (APÊNDICE X).

Com o objetivo de conhecer a dinâmica do centro de saúde no âmbito dos cuidados prestados à criança/jovem e família, o primeiro dia de estágio teve início com uma visita guiada pelo Centro de saúde. Durante a qual conheci a dinâmica da

unidade, a sua organização, a sua estrutura física, o circuito da criança/jovem, os vários recursos do centro de saúde referentes à saúde infantil e os serviços da comunidade de apoio à criança.

Quando as crianças são referenciadas pelo médico de família e Enf^a de saúde Infantil, têm à sua disposição neste centro de saúde os seguintes serviços de apoio: terapia da fala, fisioterapia, terapia ocupacional e psicologia.

Ainda no contexto de saúde Infantil são desenvolvidas várias atividades do GASMI (Grupo de Apoio de Saúde Mental infantil), NACJR (Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco), CA (Cantinho de Amamentação), SE (Saúde Escolar) e SNIPI (Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância).

O GASMI tem como objetivo prestar cuidados no âmbito da saúde mental, ao nível dos cuidados de saúde primários a crianças e jovens, em colaboração e articulação com o Hospital de referência na área.

Segundo as Recomendações para a prática clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos cuidados de saúde primários, da Coordenação Nacional para a Saúde Mental, Alto Comissariado da Saúde (2009), deve existir articulação entre a equipa de saúde mental Hospitalar, que tem competências na área da saúde mental infanto-juvenil e os cuidados de saúde primários, que tem recursos para a intervenção na comunidade, pois conhecem as famílias, as suas trajetórias e os recursos locais, o que é indispensável para um resultado eficiente.

Iniciou-se em 2001 através de um protocolo de colaboração com o Departamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Hospital de referência com o intuito de promover o desenvolvimento de programas de prevenção e promoção, dirigidos a famílias de risco com crianças, centrados na promoção de competências parentais, utilizando visitas domiciliárias. O protocolo veio colmatar a inexistência de um serviço de psiquiatria da infância e da adolescência nas unidades hospitalares do Distrito.

A maioria das crianças com estas situações recorre na fase inicial aos cuidados de saúde primários, constituindo-se assim a primeira linha de atuação na triagem, avaliação, intervenção e orientação, transformando-se numa prioridade (Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para a saúde Mental, 2009).

Existem oito Grupos de Apoio à Saúde Mental Infantil nos Centros de Saúde da região abrangendo atualmente todo o Distrito. A equipa multidisciplinar é constituída

por psicólogos, médicos de família, enfermeiros, assistentes sociais, e terapeutas nos Centros de Saúde.

Os profissionais de saúde do GASMI articulam-se com estruturas da comunidade, Serviços Sociais, Escolas e Jardins de Infância, Comissões de Proteção de Crianças e Jovens em Risco, Equipas de Intervenção Precoce, Instituições de Acolhimento para Crianças em Risco, Centros de Atendimento a Toxicodependentes, projetos de intervenção psicossocial locais e Autarquias.

O GASMI dá resposta aos dois Objetivos Gerais, do Plano de ação do Relatório da Comissão Nacional para a reestruturação dos serviços de saúde Mental, nomeadamente dos serviços de saúde Mental da Infância e Adolescência.

Segundo o Relatório Mundial da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Saúde Mental: Nova Compreensão, Nova Esperança, 2001), estima-se que 10 a 20 % das crianças apresentam um ou mais problemas de saúde mental, sendo as perturbações psiquiátricas da infância e da adolescência um grande encargo para a sociedade, em recursos humanos e financeiros, podendo algumas ser precursoras de perturbações na idade adulta.

A Associação Americana de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (AACAP) refere que uma em cada cinco crianças tem evidência de problemas mentais, com tendência para o aumento desta proporção (ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE, Coordenação Nacional para a Saúde Mental, Recomendações para a prática clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos cuidados de saúde primários, 2009).

Em Portugal existem escassos estudos epidemiológicos com dados relevantes para o planeamento de serviços de saúde mental para a população infantil e juvenil.

Particpei numa reunião do GASMI, onde foram discutidos novos casos, a avaliação inicial da criança e família, quem seria o responsável pelo caso e que intervenções deveriam ser realizadas pelos diferentes profissionais. Os casos que já estavam em curso, foram discutidas as intervenções e o resultado destas.

No âmbito do GASMIN participei numa avaliação de Desenvolvimento através do Schedule of Growing Skills II (SGS II), realizado por uma enfermeira e pela psicóloga. O rastreio do desenvolvimento infantil constitui um trabalho sistemático cujo objetivo é verificar se a criança está a desenvolver-se dentro dos padrões

normais para a sua idade. O desenvolvimento abaixo dos padrões normais pode sugerir a existência de um atraso ou perturbação, bem como um desvio ou variação devido a uma causa ambiental ou genética (BELLMAN et al., 2003). É uma ferramenta de avaliação usada em qualquer criança desde o nascimento até aos cinco anos de idade, quando há preocupação de saúde ou de desenvolvimento identificada pelo profissional ou pelos pais (RADCLIFFE, 2009).

Foi uma aprendizagem muito interessante e útil, aplicação deste instrumento, por mim, pela enfermeira de referência e pela psicóloga. Na medida em que tive a oportunidade de treinar a aplicação de um instrumento de avaliação do desenvolvimento da criança até aos cinco anos, assim como na identificação de possíveis alterações de desenvolvimento.

Referente ao Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR), não foi possível a participação nas suas atividades, pois coincidiram com outras atividades já delineadas e pertinentes para a minha aprendizagem.

Particpei nas atividades do SNIPI, que segundo o decreto-lei nº281/2009, consiste num conjunto organizado de entidades institucionais e de natureza familiar, que visa “garantir condições de desenvolvimento das crianças com funções ou estruturas do corpo que limitam o crescimento pessoal, social, e a sua participação nas atividades típicas para a idade, bem como das crianças com risco grave de atraso no desenvolvimento” (DECRETO-LEI nº281/2009). Abrange crianças até aos seis anos.

O SNIPI encontra-se a funcionar duas vezes por semana. As duas enfermeiras que intervêm neste sistema têm um dia da semana para intervenções do SNIPI e num outro dia (6ªfeira) têm a reunião semanal da Entidade Local de Intervenção (ELI).

Particpei numa reunião semanal da ELI, cabe a esta “Identificar as crianças e famílias imediatamente elegíveis para o SNIPI, Assegurar a vigilância às crianças e famílias que, embora não imediatamente elegíveis, requerem avaliação periódica, devido à natureza dos seus fatores de risco e probabilidades de evolução; Encaminhar crianças e famílias não elegíveis, mas carenciadas de apoio social; Elaborar e executar o PIIP (Plano Individual de Intervenção precoce) em função do diagnóstico da situação; Identificar necessidades e recursos das comunidades da sua área de intervenção, dinamizando redes formais e informais de apoio social;

Articular, sempre que se justifique, com as comissões de proteção de crianças e jovens e com os núcleos da ação de saúde de crianças e jovens em risco ou outras entidades com atividade na área da proteção infantil; Assegurar, para cada criança, processos de transição adequados para outros programas, serviços ou contextos educativos; Articular com os docentes das creches e jardins -de--infância em que se encontrem colocadas as crianças integradas em Intervenção Precoce na Infância”.

Na reunião que participei, foram discutidos vários casos e traçadas novas estratégias. Cada elemento da ELI expôs novos casos, foram discutidos os PIIP de cada criança, e os critérios de elegibilidade (ANEXO II).

No âmbito do SNIPI também participei numa avaliação de desenvolvimento da criança através da SGS II no domicílio.

Em termos de Saúde escolar, estava ser realizado nas escolas sessões de educação para a saúde sobre as doenças mais comuns na Infância, a pedido das escolas. Mas não tive oportunidade de ter nenhuma intervenção na saúde escolar.

Durante este estágio na UCSP participei na realização das consultas de enfermagem de Saúde Infantil e nas avaliações de desenvolvimento no âmbito do GASMI e do SNIPI, já referenciadas.

Com o objetivo de desenvolver capacidade de comunicação com a criança e jovem de acordo com as suas características e etapa de desenvolvimento, realizei um documento para o registo de interação entre o enfermeiro e a criança/família. Com o intuito de registar as técnicas de comunicação utilizadas pelo enfermeiro durante a interação com a criança e sua família e comparar com as técnicas descritas na literatura para cada estadio de desenvolvimento. Que permitiu a constatação das técnicas que utilizava, e o que tinha que melhorar, que contribuiu para o desenvolvimento de competências de EESIP.

Para a concretização do objetivo anteriormente mencionado, e também o objetivo de promover o crescimento e o desenvolvimento infantil, realizei consultas de saúde Infantil a várias crianças, de diferentes estádios de desenvolvimento, que me permitiu: avaliar o crescimento e desenvolvimento; estimular comportamentos promotores de saúde como exercício físico, o brincar, gestão de stress, prevenção de consumos nocivos e adoção de medidas de segurança; promover a imunização conforme o programa Nacional de vacinação; promover a saúde oral; prevenir acidentes e intoxicações, valorização dos cuidados antecipatórios, promover a

parentalidade, detetar precocemente e encaminhar situações que possam comprometer ou afetar a qualidade de vida da criança/jovem e sua família (DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE, 2002).

Nas consultas de saúde Infantil, treinei a avaliação do desenvolvimento Infantil fazendo uso da escala de avaliação de Desenvolvimento Mary Sheridan, que integra o programa informático utilizado no centro de saúde. O que me permitiu perceber, que as crianças não chegam à mesma idade no mesmo estágio de desenvolvimento. No entanto deve-se aproveitar as idades chave definidas no Programa de Vigilância, tendo em atenção que a aplicação de escalas de desenvolvimento ou dados isolados, não são uma avaliação válida do desenvolvimento, nem um prognóstico rigoroso do futuro da criança. Nesta e noutras atividades, desenvolvi, aprofundi e pus em prática conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento da criança, de forma a realizar a sua avaliação de forma adequada e competente.

O facto de ter experiência profissional numa unidade de cuidados Especiais de Neonatologia, e deter conhecimentos sobre o recém-nascido, foi um elemento facilitador para a realização da consulta do recém-nascido e da sua família. Desenvolvi e aperfeiçoei capacidades na avaliação, promoção da saúde, estilos de vida saudáveis e cuidados antecipatórios. Como refere Le Boterf (2003) a competência é saber mobilizar os seus recursos, conhecimentos e capacidades perante uma situação concreta.

Dei ênfase aos cuidados antecipatórios, promotores de saúde, através da avaliação do estado geral e do desenvolvimento do recém-nascido. Tive oportunidade de dar orientações aos pais relativamente à estimulação do Recém-nascido.

Durante as consultas, foram identificadas situações de doença comuns, mobilizando assim conhecimentos que possuía e que adquiri durante o estágio.

A equipa de saúde Infantil, nesta unidade, trabalha em parceria de cuidados segundo o Modelo de Parceria de Anne Casey, de 1988, que tem como base a negociação e o respeito pelo desejo das famílias (LEE, 1998, p. 205). Este Modelo, como refere Ferreira e Costa (2004), implica uma relação de parceria entre pais e a equipa, não subsistindo fronteiras fixas, as ações desenvolvidas devem de ser complementares, maximizando o bem-estar da criança. Trabalhar com a família,

permite que enfermeiro desenvolva competências de comunicação, de ensino arrojando os pais não como visitantes, mas como parceiros no cuidado à criança (FERREIRA & COSTA,2004). Durante as consultas procurei estabelecer uma relação de parceria com a família, nomeadamente nos cuidados antecipatórios e na estimulação da criança.

Constatei que as EESIP existentes no centro de saúde, sendo as enfermeiras mais experientes na área, apresentavam uma maior aceitação da parceria dos cuidados. E como corrobora Casey (1993) comunicavam com a criança e sua família de acordo com o estadio de desenvolvimento e a cultura da criança.

Este estágio permitiu-me a aquisição de competências nomeadamente, nas competências gerais do enfermeiro especialista, na promoção de um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo. No sentido de promover a sensibilidade, consciência e respeito pela identidade cultural. E como EESIP na comunicação com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.

Visto que EESIP de referência prestou cuidados durante 10 anos em Macau, e como enfermeira especialista, presta cuidados culturalmente competentes. Alertou-me particularmente para este aspeto, o que contribuiu para a aquisição de competências.

Leininger (2002), na sua teoria da diversidade e universalidade do cuidado Cultural, defende que quando um doente necessita de cuidados de saúde, ocorre um encontro entre 3 culturas: a cultura profissional das enfermeiras; a cultura do doente baseada nas suas experiências de saúde e de doença, crenças pessoais e práticas; e a cultura hospitalar (missão, normas e rotinas).

Os domínios essenciais para avaliar os atributos etnoculturais de um indivíduo, família ou grupo, segundo o Modelo de Competência Cultural de Purnell (2010) são: visão global, localidades habitadas e topografia, comunicação, papéis desempenhados e organização da família, questões laborais, ecologia biocultural, comportamentos de alto risco, nutrição, gravidez e práticas de nascimentos anteriores, rituais de morte, espiritualidade, práticas de cuidados de saúde, prestadores de cuidados de saúde.

Este ensino clínico, proporcionou-me aprendizagens diversificadas na área da saúde infantil e conseqüentemente o desenvolvimento de diferentes competências nomeadamente no domínio relacional e cultural.

O estágio no centro de saúde, sendo um importante contexto formativo para o desenvolvimento de competências especializadas, permitiu-me a aquisição de saberes essenciais para a prestação de cuidados de enfermagem especializados, assim, atingi os objetivos a alcançar durante este estágio.

4.4. Serviço de internamento de Pediatria/ Serviço de cirurgia do Ambulatório

Baseando-me na problemática apresentada no primeiro capítulo, tracei como objetivos gerais deste Estágio:

- Implementar uma consulta de enfermagem de preparação pré-operatória adequada à criança/ família submetida à cirurgia no serviço de cirurgia do Ambulatório;
- Implementar a preparação pré-operatória adequada à criança/família durante o internamento prévio à cirurgia programada no serviço de internamento de Pediatria;

Objetivos e atividades de estágio descritos em anexo (APÊNDICE XI).

Para a concretização destes objetivos tornou-se necessário desenvolver um programa de preparação pré-operatória apropriado à criança e família, de acordo com as suas características e etapa de desenvolvimento, no sentido de promover a adaptação à cirurgia. Este programa de preparação pré-operatória será implementado no serviço de Internamento de Pediatria e no serviço de Cirurgia do Ambulatório.

No sentido de motivar toda a equipa de enfermagem para a realização da preparação pré-operatória da criança foi necessário planear e desenvolver um programa de formação, sobre a importância desta preparação para a cirurgia nas crianças de diferentes faixas etárias e sobre a implementação do programa. Uma vez que o programa pretende abranger dois serviços (Serviço de Internamento e

Serviço de Cirurgia do Ambulatório) todas as atividades relacionadas com a implementação do programa, tiveram que ser ajustadas a cada um deles.

Como ponto de partida para este projeto, identifiquei as necessidades de formação da equipa de enfermagem através de contactos individuais com todos os enfermeiros da Unidade de Cirurgia do Ambulatório.

Realizei pesquisa Bibliográfica e concretizei uma sessão de formação subordinada ao tema preparação pré-operatória, com o objetivo de desenvolver um programa de formação como foi referido anteriormente.

Com base nas opiniões dos colegas, planeei, executei e avaliei uma sessão de formação subordinada ao tema “Importância da Preparação pré-operatória da criança”, com a finalidade de motivar todos os enfermeiros para a importância desta ação e ainda envolve-los no desenvolvimento e implementação do referido programa. Para levar a cabo esta ação formativa fiz pesquisa bibliográfica aprofundada sobre o tema, métodos pedagógicos e sobre como motivar os colegas.

Esta sessão de formação realizou-se a 3/01/2013, e teve como objetivos:

- Discutir com os colegas a importância da implementação da preparação pré-operatória da criança e família;
- Apresentar o Projeto de preparação pré-operatória a implementar na consulta;
- Discutir os folhetos a utilizar no âmbito da consulta de preparação pré-operatória dirigida à criança e família na instituição;
- Apresentação do Kit a utilizar na preparação pré-operatória;
- Esclarecer possíveis dúvidas acerca do programa proposto;

Encontra-se em anexo o plano da sessão (APÊNDICE XII).

No decorrer da sessão foram discutidos alguns aspetos, e foram corrigidos alguns itens nos folhetos propostos. Foi realizada articulação entre o serviço de Internamento de Pediatria e a Unidade de Cirurgia de Ambulatório, em termos de logística. Nomeadamente, a marcação dos dias das consultas e as respetivas disponibilidades dos enfermeiros dos dois serviços, a reformulação da carta enviada aos pais, o estabelecimento das idades das crianças alvo desta consulta, a informação que seria transmitida pelo enfermeiro da U.C.A. e pelo EESIP, o momento de entrega dos folhetos e como iríamos avaliar a nossa intervenção.

Na semana seguinte à formação, as consultas de preparação pré-operatória já estavam a decorrer, realizadas por mim, com o apoio da EESIP de Referência que é a respetiva Enf^a Chefe do Serviço de Internamento de Pediatria.

Para a realização destas consultas desenvolvi um guião orientador com a sequência dos aspetos a abordar na consulta de preparação pré-operatória apropriado à criança, de acordo com as suas características e etapa de desenvolvimento, no sentido de promover a adaptação da criança e família à cirurgia. Que inicialmente era utilizado só por mim, mas posteriormente originou a Norma de Procedimento, para que fosse um documento orientador para todos os enfermeiros que realizem a consulta. Esta norma de procedimento será referida posteriormente.

Para a elaboração deste documento, uma primeira fase, realizei pesquisa bibliográfica sobre a temática, preparação pré-operatória na criança (pré-escolar e escolar) e utilizando os conhecimentos adquiridos durante o primeiro estágio numa consulta de referência, já atrás referida, planeei a consulta de preparação pré-operatória para as crianças que seriam submetidas a cirurgia na Unidade de Cirurgia do Ambulatório, construí os folhetos necessários, o álbum fotográfico e o *kit* de material lúdico-terapêutico, que serão descritos posteriormente.

A intervenção de enfermagem, de preparação psicológica pré-operatória, constitui uma oportunidade para que a criança adquira conhecimentos sobre os procedimentos médicos e cirúrgicos, o que aumenta a probabilidade de comportamentos adaptativos e diminui a probabilidade de comportamentos não adaptativos (Azevedo et al ,2008).

São vários os fatores a ter em consideração quando se planeia um programa de preparação pré-operatória (Le Roy et al.,2003).

De acordo com Hockenberry e Wilson (2011) e Oliveira et al citado em Ordem dos Enfermeiros (2010c), na preparação pré-operatória da criança teremos que ter em conta a individualidade de cada criança, a indivisibilidade entre a criança e família, as suas características, idade, o estadio de desenvolvimento, o conhecimento dos fatores geradores de medo da criança e família. Outros aspetos a ter em consideração são nomeadamente o gênero, a escolaridade, o tipo de doença, o tipo de cirurgia e condição de saúde, experiências anteriores, composição familiar, estilo de confronto (BROERING &CREPALDI, 2011; ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011c).

O nível de compreensão da criança, assim como da família, o período de tempo que medeia entre a preparação e a cirurgia, a duração da sessão, o local e a comunicação do enfermeiro, são aspetos a considerar na preparação, da criança e família, para a cirurgia (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011c).

Le Roy et al. (2003), recomendam uma avaliação inicial da criança, das suas condições psicossociais e vários fatores da criança junto da família. Como o estadio de desenvolvimento da criança e seu estilo de confronto, a compreensão da criança e da família sobre o seu estado de saúde e cirurgia proposta, a experiência prévia de hospitalização, medos, composição familiar, fatores linguísticos, culturais e religiosos, o método apropriado para transmitir informações, stressores familiares, problemas de saúde.

A idade e o tempo que medeia a preparação da cirurgia, como referido anteriormente é um aspeto a ter em conta na preparação pré-operatória (Ordem dos Enfermeiros, 2011c; HOCKENBERRY & WILSON, 2011). Segundo Moro e Modolo (2004) as crianças com mais de 6 anos de idade devem ser submetidas a programas de preparação cerca de uma semana antes da cirurgia, com menos de 6 anos as crianças devem ter um intervalo menor entre a preparação e a cirurgia, pois podem apresentar dificuldade em distinguir a fantasia da realidade.

Moro e Modolo (2004) e Hockenberry e Wilson (2011) corroboram que antes dos 4 anos a preparação deve ser realizada 1 a 2 dias antes da data da cirurgia, tendo em conta o estadio de desenvolvimento e o pensamento fantasioso característico, dos 4 aos 7 anos com uma semana de antecedência e a partir dos 7 anos mais que uma semana.

Segundo o Algoritmo de atuação/Planeamento de cuidados definido pela Ordem dos Enfermeiros (2011c), no Guia Orientador de Boas Práticas, as crianças com menos de 5 anos devem ser preparadas 1 a 2 dias antes, de 5 aos 12 anos devem ser preparadas 5 a 10 dias antes e com idade superior a 12 anos a preparação deve iniciar-se desde o início do processo.

Quanto à duração da sessão de preparação dirigida à criança, esta deve estar adaptada à capacidade de atenção da criança. Segundo Hockenberry e Wilson (2011), o tempo de preparação para a criança pré-escolar deve ser de 10 a 15 minutos, e da criança em idade escolar deve ter uma duração de 20 minutos, associado as características de desenvolvimento de cada estadio,

Tendo em conta todos estes aspetos atrás referidos, elaborei uma grelha, para sistematizar a informação de forma a utilizá-la de forma clara e concisa na norma de procedimento. Nesta especifiquei para cada estadio de Desenvolvimento, o alvo da preparação, o tempo de duração da preparação dirigida à criança de acordo com a sua idade e o tempo recomendado entre a preparação e a cirurgia, que se encontra em anexo (APÊNDICE XIII).

Tendo em conta as recomendações da Ordem dos Enfermeiros (2011c), que diz que o local ideal para realizar a consulta de preparação pré-operatória deve ser numa área neutra e livre de ameaças. Recreei numa sala do serviço de consulta externa de adultos, uma sala de consulta de preparação pré-operatória adequada à criança/família, a partir dos componentes do *kit* lúdico-terapêutico. A consulta é realizada no serviço de consulta externa de adultos, por ser a única alternativa apresentava. No entanto, na minha opinião é um ambiente neutro, e não ameaçador. A sala de espera não teve a minha intervenção, por ter um curto período de tempo para implementar o projeto.

A comunicação do Enfermeiro deverá ser adequada ao desenvolvimento da criança e sua família (HOCKENBERRY & WILSON, 2011). A comunicação e o brincar terapêutico foram abordados anteriormente no enquadramento teórico.

De acordo com Li e Lopez (2008), a utilização do brinquedo terapêutico é eficaz na preparação pré-operatória de crianças, não especificando a idade da criança, através do brincar a criança vivência os procedimentos invasivos de forma lúdica. É uma linguagem que permite a comunicação de conteúdos difíceis de transmitir (FINKEL & ESPÍNDOLA, 2008), uma forma de manifestação da ansiedade e medos e permite que a criança colabore nos procedimentos (MOTTA & ENUMO, 2004).

As competências adquiridas nos estágios anteriores, e os documentos realizados foram mobilizados para este estágio, nomeadamente os cuidados centrados na família, cuidados não traumáticos, o desenvolvimento da criança (APÊNDICE III e IV) e comunicação com a criança, designadamente diretrizes de comunicação com a criança, e estratégias a utilizar de acordo com o estadio de desenvolvimento e suas características, que se encontra em anexo (APÊNDICE VI).

Relativamente ao Estilo de confronto, Barros (2003) apresenta vários modelos que distinguem os estilos de confronto de acordo com a intenção ou função do confronto. A maioria dos estudos sobre os estilos de confronto referem-se aos

adultos (Goldstein, 1973, Cohen & Lazarus, 1973, Wilson, 1981 in BARROS, 2003), mas alguns estudos evidenciam que acontece de forma semelhante na criança, pelo menos desde a idade pré-escolar.

No Estilo de confronto *Sensitivo*, a criança presta atenção a situações ameaçadores e stressantes, pede informação e utiliza confrontos ativos de tipo Auto verbalização ou racionalização. A criança do estilo de confronto *Repressivo* tende a negar ou evitar o conhecimento das fontes de stress, utiliza técnicas de evitamento e negação, não manifestando sinceramente a ansiedade. O estilo de confronto *intermédio ou neutro*, apresenta características de ambos (BARROS,2003).

Knight et al (1979) citado em Barros (2003) corroboraram que as crianças que usam um estilo mais *repressivo* apresentam níveis de ansiedade mais elevados, do que as crianças que utilizavam a intelectualização ou outras estratégias características do *sensitivo*. E ainda que, as crianças influenciam a quantidade de informação preparatória que recebem, pois as crianças com estilo de confronto sensitivo fazem mais questões e ouvem atentamente, enquanto as crianças com estilo de confronto repressivo evitam as questões.

As Experiências anteriores de internamento Hospitalar e de cirurgia podem condicionar a preparação pré-operatória da criança, amenizando ou agravando o medo. Quando a experiência anterior foi traumatizante, poderá aumentar a ansiedade no pré-operatório e na separação dos pais (MORO & MODOLO, 2004).

Quanto aos medos característicos de cada etapa de desenvolvimento da criança, já abordados no enquadramento teórico, elaborei uma grelha que contempla as Estratégias de Luta contra o medo adequada à etapa de Desenvolvimento (APÊNDICE XIV). Para ser utilizado na preparação pré-operatória, onde consta as estratégias de preparação que podem ser utilizadas em cada estadio.

Para a aplicação de algumas das estratégias de luta contra o medo, na consulta de preparação pré-operatória, utilizei as silhuetas para a exemplificação do local da cirurgia (APÊNDICE XV).

Para a concretização de algumas estratégias de luta contra o medo e para facilitar a comunicação na consulta de preparação pré-operatória, elaborei um *kit* de material lúdico-terapêutico, como já foi referido anteriormente, e utilizei-o durante as consultas.

Segundo Teixeira e Figueiredo (2009), o material utilizado deve ser adaptado à faixa etária no sentido de maximizar a comunicação e a sua interiorização.

Este *Kit* foi construído de acordo com a Bibliografia encontrada, e a partir das competências adquiridas no primeiro estágio que realizei, na consulta de preparação pré-operatória no hospital de referência. Os constituintes do *kit* encontram-se descritos em anexo (APÊNDICE XVI).

Com o intuito de dar a conhecer o serviço de cirurgia de ambulatório (U.C.A.) à criança/família e o circuito peri-operatório, durante a preparação pré-operatória, realizei uma reportagem fotográfica, como já foi referido anteriormente. A partir da qual, construí um vídeo e álbum de fotos para uma apresentação em suporte informático durante a consulta (APÊNDICE XVII).

No sentido de consolidar e sistematizar a informação junto da criança/família, foram construídos dois folhetos informativos, para entregar à criança e família na consulta. Foram intitulados por: “O meu filho vai ser operado...Em regime de Cirurgia do ambulatório” e “O meu filho vai ser operado...Como posso ajudá-lo a superar o medo da cirurgia?”

O primeiro folheto mencionado, “O meu filho vai ser operado...Em regime de Cirurgia do ambulatório”, foi uma adaptação feita a partir de outros já existentes, onde consta o conceito de cirurgia de Ambulatório e de Anestesia, os cuidados na véspera, no dia da cirurgia, quando for para o Hospital, cuidados com a aplicação do EMLA ® (penso anestésico), onde a criança acorda e como se pode sentir, como os pais podem ajudar a prevenir a dor do filho e cuidados para a Alta (APÊNDICE XVIII).

O segundo folheto, “O meu filho vai ser operado...Como posso ajudá-lo a superar o medo da cirurgia?” (APÊNDICE XIX) foi criado a partir da Bibliografia consultada. Consta aspetos importantes para o pais ajudarem os filhos a superar o medo, aspetos gerais e indicações direcionadas para diferentes estádios de Desenvolvimento, Palavras/Expressões a evitar e sugestões de palavras para utilizar.

Para documentar a preparação pré-operatória criei uma folha de registos com base na Bibliografia consultada, que fará parte do processo da criança (APÊNDICE XX).

Com o intuito da sistematização da intervenção de Enfermagem e normalização de procedimentos na preparação pré-operatória da criança, elaborei uma norma de Procedimento, como já tinha sido referido anteriormente. Foi intitulada “Consulta de enfermagem de preparação pré-operatória da criança/jovem e família”, onde consta: Definição; Objetivos do programa de preparação; Informações gerais nomeadamente quem executa e o horário; Orientações quanto á execução: algoritmo de atuação e grelha com indicações do alvo da preparação, tempo de duração da preparação dirigida à criança, tempo recomendado entre a preparação e a cirurgia mencionada anteriormente; Procedimentos contemplando a intervenção de enfermagem e a sua justificação; em Anexo: a folha de registos de enfermagem (em suporte de papel), os medos associados a cada estadio de desenvolvimento, as estratégias de luta contra o medo adequada à etapa de desenvolvimento, os componentes do kit Lúdico-terapêutico, silhuetas e os dois folhetos já referidos (APÊNDICE XXI).

Durante a implementação do programa de preparação para a cirurgia, por razões que me são alheias que têm a ver com a dinâmica do U.C.A., nem sempre podemos cumprir com o rigor desejado o tempo que medeia a preparação e a cirurgia de acordo com a idade, como indica a Bibliografia consultada. Nalguns dos casos a preparação é dirigida aos pais, e realizado o ensino aos pais, de modo que estes possam preparar os filhos. Foi uma alternativa encontrada para minimizar os danos da ausência total de preparação. Espero que esta situação seja ultrapassada brevemente.

A consulta de preparação dirigida à criança/família é realizada no mesmo dia que a consulta dirigida aos adultos, mas estes tem a consulta na U.C.A. Na marcação das consultas dirigidas à criança/família, é feita por carta, tentando concentrar o maior número de crianças num dia.

Este programa será avaliado a partir de algumas questões que são colocadas, através de um contacto telefónico de follow-up, um mês depois da cirurgia. Essas questões serão sobre os benefícios da preparação pré-operatória descritos na literatura. Mas este aspeto ainda está em discussão, pois sugeri a aplicação de uma escala de Ansiedade pré-operatória de Yale modificada (modified Yale Preoperative Anxiety Scale, mYPAS).

Serviço de Internamento de Pediatria

Para a implementação da preparação pré-operatória adequada durante o internamento prévio à cirurgia programada da criança/família no Serviço de internamento de Pediatria, fiz uma adaptação do programa que tinha realizado destinado à consulta para o internamento.

A intervenção de enfermagem em contexto de internamento encontra-se sistematizada na Norma de Procedimento “Preparação pré-operatória da criança/jovem e família em contexto de internamento” (APÊNDICE XXII).

Entre a norma a ser utilizada na U.C.A e a ser utilizada no serviço de internamento existem algumas diferenças nomeadamente: no algoritmo de atuação, pois a criança poderá já ter tido uma consulta de preparação pré-operatória; no tempo que aguarda a cirurgia, que no internamento será de um dia; Outra diferença substancial tem a ver com a colheita de dados pois a maioria dos dados que estão preconizados na avaliação inicial da preparação pré-operatória já estão contemplados na avaliação inicial do serviço. A informação escrita cedida aos familiares no internamento é apenas a relacionada com o modo como os pais podem ajudar o filho a superar os medos. É entregue apenas o folheto “*O meu filho vai ser operado.... Como posso ajudá-lo a superar o medo da cirurgia?*”. Enquanto que na consulta o registo de enfermagem é feito em suporte de papel, no documento que criei, os registos no serviço de internamento são registados em suporte informático mais concretamente fazendo uso dos sistemas informáticos CIPE/SAPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem/Sistema de Apoio à Prática da Enfermagem).

O *kit* de material lúdico terapêutico a utilizar no internamento de Pediatria, será o mesmo da Unidade de Cirurgia de Ambulatório, devido aos seus custos.

Com o intuito de desenvolver um plano de formação sobre o programa de preparação cirúrgica adequado a criança/família de diferentes idades, ajustado ao serviço de internamento, identifiquei as necessidades de formação dos enfermeiros do serviço.

A partir das necessidades identificadas pelos Enfermeiros, à semelhança do que já havia feito para a Unidade de Cirurgia de Ambulatório, procedi ao planeamento, implementação e avaliação da sessão de formação.

A formação teve como objetivo geral, sensibilizar os enfermeiros da equipa de enfermagem para a importância da preparação pré-operatória dirigida à criança e família. De modo a atingir todos os elementos da equipa a formação será repetida.

Os objetivos específicos desta sessão foram:

- Discutir com os colegas a importância da implementação da preparação pré-operatória da criança e família;
- Apresentar o Projeto de Preparação pré-operatória a implementar no serviço de internamento de Pediatria;
- Discutir o folheto a utilizar no âmbito da preparação pré-operatória dirigida à criança e família do serviço de internamento;
- Apresentação do Kit a utilizar na preparação pré-operatória;
- Esclarecer possíveis dúvidas acerca do programa proposto

Nas sessões de formação, como metodologia pedagógica foi utilizado o método expositivo e ativo, o plano da sessão encontra-se em anexo (APÊNDICE XXIII). No final da sessão foi feita a avaliação, através da entrega de um questionário, com o objetivo de perceber o interesse da sessão de formação e se foi de encontro às necessidades formativas dos enfermeiros desta unidade de cuidados (APÊNDICE XXV).

Este programa de preparação pré-operatório, confere *empowerment* ao EESIP e permite que este preste cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, cuidando da criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento.

Tenho consciência de que a criação e implementação deste programa de preparação pré-operatória dirigido à criança permitiu-me desenvolver competências que são preconizadas pela OE, para o Enfermeiro Especialista, nomeadamente no domínio da Melhoria da Qualidade. De acordo com o regulamento nº122/2011, e para o EESIP, regulamento 123/2011, o Enfermeiro Especialista concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade e cria, favorecendo a aprendizagem e o desenvolvimento de habilidade e competências dos pares e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

A realização do presente estágio na minha Instituição revelou-se produtiva, na medida que, como elemento integrante da equipa tenho o conhecimento das suas fragilidades e potencialidades, o que foi para mim mais fácil, permitindo-me ser um

agente facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho e em última análise, melhorar os cuidados de enfermagem a prestar às crianças que recorrem ao hospital, onde trabalho, para serem submetidas a cirurgia.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste percurso de formação, tive como finalidade a aquisição e consolidação de competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria, nos diferentes domínios do conhecimento.

Fazendo uma reflexão sobre as minhas aprendizagens durante este percurso formativo, permite-me dizer que alcancei os objetivos inicialmente propostos e conseqüentemente fazer a aquisição das competências de EESIP.

O Modelo escolhido para suportar o desenvolvimento do projeto de preparação pré-operatória da criança, foi o modelo de adaptação de Callista Roy. O meu primeiro contacto com este modelo deu-se durante o Curso de Mestrado na área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria. Segundo Roy e Andrews (2001), o objetivo de enfermagem é promover respostas eficazes nos quatro modos adaptativos, promover reações adaptativas nas situações de saúde e doença. O pensamento e modelo defendido pela autora fez-me sentido uma vez que a criança/família que vai ser submetida a um procedimento cirúrgico tem necessidade de se adaptar a esta situação stressante a vários níveis.

Como nunca tinha trabalhado tendo por base o pensamento e modelo de Roy, foi para mim uma dificuldade, mobilizá-lo durante o estágio e fazer transparecer em todo o Relatório. Contudo, ao longo das várias experiências de estágio, a minha atuação centrou-se na condição da pessoa, nos estímulos focais, contextuais, residuais e na promoção da reação adaptativa.

Este percurso formativo foi muito longo e árduo, devido a condicionantes pessoais, mas determinadamente contribuiu para a melhoria dos cuidados por mim prestados. Trabalhar a temática da preparação pré-operatória, foi um autêntico desafio, uma vez que, não tinha experiência na área e tinha ideias pouco consolidadas sobre o tema, o que fez com que tivesse que consultar e estudar uma vasta bibliografia para poder planear, desenvolver e implementar um programa de preparação pré-operatória.

O Programa de preparação pré-operatória permitiu que as minhas intervenções de enfermagem, tivessem em conta as necessidades individuais da criança e família, na sua individualidade quer de estadio de desenvolvimento, com

tudo o que isso implica e ainda tendo em conta os aspetos sociais, culturais, crenças e valores e espirituais.

Considero que as atividades desenvolvidas no contexto dos vários estágios foram promotores de cuidados de qualidade, como refere Gonçalves e Serrano (2005) a “*construção do plano pessoal*” num contexto formativo que se sustenta numa “*lógica profissional edificada em torno da melhoria da qualidade dos cuidados que presta*”(p.177). Estas atividades também permitiram o desenvolvimento de aprendizagens pessoais e profissionais, a partir das necessidades por mim sentidas na prestação de cuidados na instituição onde trabalho. Durante todo o percurso formativo tive como pedra basilar, uma prática baseada na evidência científica.

O percurso de aquisição de competências centrado na rentabilização ao máximo as oportunidades de aprendizagem, durante o estágio nos diferentes locais, contribuiu para a prática clínica especializada.

Findo este percurso, sinto-me preparada para contextualizar as aprendizagens adquiridas, na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança e família, assumindo-me como referência para a equipa de enfermagem no serviço onde presto cuidados.

Nota: Este Relatório foi realizado segundo o Guia Orientador de Elaboração de Trabalhos escritos, Bibliografias e citações, Norma Portuguesa (NP 405), documento acedido no *site* da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL)

Capa e Página de Rosto segundo modelo disponível no *site* da ESEL

6. BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, Fabiane; BOMTEMPO, Edda – O Brinquedo terapêutico como apoio emocional a cirurgia cardíaca em crianças pequenas. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**. [em linha]. Vol.XXIV nº 1 (Janeiro-Abril, 2004) p 35-41. Acedido em 05/01/2013. Disponível em <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/946/94624112.pdf> .ISSN 1415-711X.

ALMEIDA, José (2010) - *The World Mental Health Survey Initiative. NMHS (Portugal National Mental Health Survey)*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa

ANDRAUS, Lourdes; MINAMISAVA, Ruth; MUNARI, Denize - Comunicação com a criança no pré-operatório. **Pediatria Moderna**[em linha]. Vol. 40, nº 6 (2004), p.242-246. Acedido em 20/05/2012. Disponível em http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=2846&fase=imprime ISSN: 0031-3920

AZEVEDO, et al. - O brincar enquanto instrumento terapêutico: opinião dos acompanhantes. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [em linha]. Vol. 10, nº1 (2008), p.137-144. Acedido a 21/5/2012. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n1/pdf/v10n1a12.pdf

BARROS, Luísa – As consequências psicológicas da Hospitalização infantil: Prevenção e controlo. **Análise Psicológica** [em linha].Vol. XVI, nº 1 (1998),p.11-28. Acedido a 21/05/2012. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v16n1/v16n1a03.pdf>

BARROS, Luísa (2003) – **Psicologia pediátrica: Perspectiva Desenvolvimentista**, Lisboa: Climepsi. ISBN 972-796-081-2

BELLMAN, M.; LINGAM, S.; AUKETT, A. (2003) - **Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil- dos 0-5 anos**. Lisboa: CEGOC-TEA Lda. ISBN 972-8817-04-5

BENNER, Patrícia (2005) – **De Iniciado a Perito**. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-8535-97-X.

BRAZELTON, Berry T. (2010) – **O grande livro da criança**. (12ªEd).Lisboa: Editorial Presença. ISBN 978-972-23-1930-0

BROERING, Camilla; CREPALDI, Maria – Preparação psicológica para a cirurgia em pediatria: Importância, técnicas e limitações. **Paideia**. [em linha]. Vol.18 nº39 (2008) p. 61-72. Acedido a 10/06/2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v18n39/v18n39a07.pdf> .ISSN 0103-863X

BROERING, Camilla; CREPALDI, Mª Aparecida - Preparação psicológica e o estresse de crianças submetidas a cirurgias. **Psicologia em Estudo**. [em linha]. Vol.16,nº 1 (Janeiro/Março 2011)p. 15-23. Acedido a 10/06/2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v16n1/a03v16n1.pdf> . ISSN 1413-7372

CASEY, Anne (1993) - Development and use of the partnership modelo f nursing care. In: GLASPER, Edward; TUCKER, Ann. - **Advances in Child Health Nursing**. Oxford: Scutari Press. ISBN1-871364-91-4.

COSTA Jr, Áderson; COUTINHO, Sílvia; FERREIRA, Rejane (2006) - Recreação planejada em sala de espera de uma unidade pediátrica: efeitos comportamentais. **Paideia** [em linha], Vol.16, nº33, p. 111-118. Acedido a 20/10/2012.Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v16n33/14.pdf>

DECRETO-LEI nº161/96. Regulamento do Exercício Profissional dos enfermeiros, **D. R. I Série – A 205** (96-09-4) 2959-2962

DECRETO-LEI nº104/98. Estatuto da ordem dos Enfermeiros, **D. R. I Série – A 93** (98-04-21) 1739-1757

DECRETO-LEI n.º 281/2009. Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância. **D.R. I Série 193** (2009-10-6) 7298-7301

FERREIRA, Manuel; COSTA, Mª da Graça – Cuidar em parceria: subsídio para a vinculação pais/bebé pré-termo. **Millenium Revista do ISPV**. [Em linha]. N.º 30 (2004), p. 51-5. Acedido em 11/10/2012. Disponível em <http://www.ipv.pt/millenium/millenium30/5.pdf>

FINDEL, Lenira; ESPÍNDOLA, Vanessa - Cirurgia cardíaca pediátrica: o papel do psicólogo na equipe de saúde. **Psicologia para América Latina**. [Em linha]. nº 13 (Julho,2008). Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2008000200004&lng=pt&nrm=iso ISSN: 1870-350X

FLEURY, Maria; FLEURY, Afonso – Construindo o conceito de competência. **RAC-Revista de administração contemporânea**. [Em linha]. Vol.4,Edição especial (2001), p.183-196. Acedido a 10/05/2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rac/v5nspe/v5nspea10.pdf> ISSN 1982-7849

FONTES, et al – Utilização do Brinquedo terapêutico na assistência à criança hospitalizada. **Revista Brasileira de Educação Especial**. [Em linha].Vol16 nº1 Edição Especial (Janeiro/Abril, 2010), p. 95-106. Acedido a 21/10/2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbee/v16n1/08.pdf> .ISSN 1413-6538

FORTIN, Marie-Fabienne (2009) – **Fundamentos e etapas do processo de /investigação**. Lusodidacta. ISBN 9789898075185

GONÇALVES, Ilda; SERRANO, Teresa (2005) – Desenvolvimento de competências na formação dos enfermeiros. In SÁ-CHAVES, Idália – **Os “Portfólios” Reflexivos (também) trazem gente dentro**. Reflexões em torno do seu uso na humanização dos processos educativos. Porto: Porto Editora. ISBN 972-0-34737-6.

HOCKENBERRY, Marilyn J.; WILSON, David (2011) – **Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. (8ª Ed.). Rio de Janeiro: Mosby Elsevier. ISBN 978-85-352-3447-3

I-TECH (2008) – Formulação do Objetivos de aprendizagem efetivos, **Guião de implementação Técnica**. [s.l, s.n.]

INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA (Março, 2006) - **Acolhimento e Estadia da criança e do Jovem no Hospital**. [s.l, s.n.]

INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA (1998) - **Carta da criança hospitalizada**. Humanização dos serviços de atendimento à criança. Lisboa: IAC. ISBN 972-8003-14-5

JUSTUS, Rachel, et al – Preparing Children and Families for Surgery: Mount Sinai's Multidisciplinary Perspective, **Pediatric Nursing**. [Em linha]. Vol.32, nº1 (Janeiro – Fevereiro, 2006), p. 35- 43. Acedido em 10/05/2012, de CINAHL Plus with Full text. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=330a9e36-c222-45da-9e52-8ddac3ef5a2c%40sessionmgr13&vid=2&hid=9> . ISSN 0097-9805.

KAIN, Zeev et al. -Preoperative anxiety, Postoperative Pain, and Behavioral Recovery in young children undergoing surgery. **Pediatrics** .[Em linha]. Vol.118 nº2 (Agosto,2006), p. 651–658. Acedido a 10/11/2012. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/118/2/651.full.pdf+html> .ISSN: 1098-4275

KIYOHARA, L. et al. - Surgery information reduces anxiety in the pre-operative period. **Revista do Hospital das Clínicas Faculdade de Medicina de são Paulo**. [Em linha].Vol.59, nº2 (2004) p. 51. Acedido a 20/12/2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rhc/v59n2/a01v59n2.pdf> .ISSN 0041-8781.

LE BOTERF, Guy (2003). Desenvolvendo a competência dos profissionais (3ªed). Porto Alegre: Artmed. ISBN 9788536301297

LEE, Polly - An analysis and evaluation of Casey's conceptual framework. **International Journal of Nursing Studies** . [Em linha]. Vol.35,nº4 (Agosto, 1998), p. 204-209. Revisto em: Abril,1998. Acedido a 10/11/2012. Disponível em: <http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489%2898%2900031-5/fulltext>

LEI nº12/2005. Informação genética pessoal e informação de saúde. **D.R. I Série 18** (2005/01/26) 606-611

LEI nº 67/98. Lei da Proteção de Dados Pessoais. **D.R. I Série- A 247** (1998/10/26) 5536-5546

Lei nº 147/99. Lei de proteção de crianças e jovens em perigo. **D.R. I Série- A 204** (1999/9/1) 6115-6132

LEININGER, Madeleine (1998) - Enfermagem Transcultural: Imperativo da Enfermagem Mundial. **Revista Enfermagem**. ISSN 0871-0775.Vol.10, 2ª Série. (Abril-Junho 1998). p .32-36

LEININGER, Madeleine & MCFARLAND, Marilyn R. (2002) - **Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research and Practices**. 3ªed. New York: Mcgraw-Hill. ISBN 0-07-135397-6

LEROY, S. et al - Recommendations for preparing children and adolescents for invasive cardiac procedures. **Circulation Journal of the American Heart Association**. [Em linha]. (November, 2003), p 2550-2564. Acedido em 02/02/2013.Disponível em: <http://circ.ahajournals.org/content/108/20/2550.full.pdf> ISSN:1524-4539.

LI, HC ;LOPEZ, Violeta(Abril, 2008). Effectiveness and appropriateness of therapeutic play intervention in preparing children for surgery: a randomized controlled trial study. **Journal for Specialists in Pediatric Nursing** .[Em linha]. Vol.13 nº2, p. 63-73. Acedido a 10/12/2012 de CINAHL Plus with Full Text. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=45a3bacf-77bf-48ca-996c-af78d89cf57c%40sessionmgr4&vid=9&hid=9> .ISSN 1539-0136

MANY, Eric; GUIMARÃES, Samuel (2006) – **Como Abordar...A metodologia de Trabalho de projecto**. Maia, Areal Editores, ISBN 972-627-912-7

MOIX, Jenny - Preparación psicológica para la cirugia en pediatria. **Archivos de pediatria** [Em linha]. Vol.47 nº 4 (1996) p.211-217. Acedido a 10/02/2013. Disponível em <http://pagines.uab.cat/jennymoix/content/cirug%C3%AD-pedi%C3%A1trica>

MORO, Eduardo; MÓDOLO, Norma – Ansiedade, a criança e os pais. **Revista Brasileira de Anestesiologia**. [Em linha]. Vol.5, nº 54 (Setembro/Outubro,2004), p. 728-738.Acedido a 15/05/2012. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rba/v54n5/en_v54n5a15.pdf .ISSN 0034-7094

MOTTA, Alessandra; ENUMO, Sônia - Brincar no hospital: Estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. **Psicologia em Estudo**. [Em linha]. Vol.9 nº1 (2004),p.19-28. Acedido a 15/10/2012. Disponível em: <http://www.cdof.com.br/ARTIGOS/BRINCAR-NO-HOSPITAL.pdf>

OLIVEIRA, Ana et al (2005) - Preparação da criança e família para a cirurgia – A importância do papel do enfermeiro. **Revista Servir**. Lisboa. ISSN 0871/3270. Vol.53 nº4 (Julho/Agosto, 2005).p.202-205.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008) – **Dor, Guia Orientador de boa prática**, cadernos da Ordem dos enfermeiros, série I, Nº 1.Lisboa: OE. ISBN: 978-972-99646-9-5

ORDEM DOS ENFERMEIROS (Dezembro, 2009a) – **Caderno temático: Modelo de Desenvolvimento profissional, sistemas de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem**.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (Fevereiro, 2011b) – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**, versão 2. Lisboa: OE. ISBN:978-92-95094-35-2

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011c) – **Guias Orientadores de boa pratica em enfermagem de saúde infantil e pediátrica**. Cadernos da Ordem dos enfermeiros, série I, Nº 3, Volume 2.Lisboa: OE. ISBN: 978-989-844-01-1

ORDEM DOS ENFERMEIRO (2011d) – **Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem**.

PAPALIA, Diane E; OLDS, Sally; FELDMAN,Ruth (2009) – **O Mundo da Criança – Da infância à adolescência** (11ªEd): Mc Graw-Hill. ISBN: 9788577260416

PHANEUF, Margot (2005) – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Lusociência. ISBN 978-972-8383-84-8

PINTO, Julia et al - Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. **Revista Brasileira de Enfermagem** [em linha]. Vol. 63, nº 1, (jan-

Fev,2010) p. 132-5. Acedido em 10/10/2012. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a22.pdf>

POWERS, Scott - Empirically supported treatments in pediatric psychology: Procedure-related pain. **Journal of pediatric psychology**. [em linha]. Vol.24,nº2 p.131-145. Acedido a 10/01/2013.Disponível em
<http://jpepsy.oxfordjournals.org/content/24/2/131.full.pdf>

PORTUGAL. Ministério da Saúde (2001) – **Saúde Mental: Nova Compreensão,Nova Esperança**. Relatório Mundial da Saúde.

PORTUGAL. Direção Geral da saúde (2002) - **Saúde Infantil e Juvenil, Programa-tipo de actuação**.Lisboa:DGS. ISBN:972-675-084-9

PORTUGAL. Direção Geral da Saúde, Divisão de Saúde Escolar (2006) - **Programa Nacional de Saúde Escolar**. Lisboa:DGS

PORTUGAL. Alto comissariado da saúde, Comissariado da saúde, Comissão Nacional de saúde da criança e do adolescente (2009) – **Relatório da Comissão Nacional criança e Jovem 2004-2008**

PORTUGAL. Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2009) - **Recomendações para a prática clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos cuidados de saúde primários, Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, Resumo Executivo**. Lisboa.

PORTUGAL. Administração Regional de saúde do Algarve, Grupos de apoio a saúde mental Infantil (GASMI), consultada a 06/12/2012 em
http://www.arsalgarve.min.saude.pt/site/59onte.php?option=com_content&view=article&id=53&Itemid=70

PORTUGAL. Coordenação Nacional para a saúde Mental & Administração Central do Sistema de saúde (2012)- **Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da adolescência**. Documento técnico de suporte

PURNELL, Larry; PAULANKA, Batty. (2010) - **Cuidados de saúde transculturais: uma abordagem culturalmente competente.** (3ª ed.) Amadora: Lusodidacta – Soc. Port. de Material Didáctico, Lda. ISBN: 978-989-8075-28-4

RAMALHO, Maria Olinda (2000) - Preparação pré-operatória da criança e da família, **Enfermagem em Foco**, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. Lisboa. ISSN 0871-8008. Vol.39 Ano IX, A.9 (Maio/julho, 2000). p.31-34

REGULAMENTO nº122/2011. **D.R. 2ª série, Regulamento das competências específicas do enfermeiro Especialista**, 35 (2011-02-18) 8648-8653

REGULAMENTO nº123/2011. **D.R. 2ª série**, Regulamento das competências comuns do enfermeiro Especialista em Enfermagem de saúde da criança e do jovem, Ordem dos Enfermeiros. 35 (2011-02-18) 8653-8655

RUIVO, Maria et al (2010) – Metodologia de projecto: colectânea descritiva de etapas. **Revista Percursos**. ISSN 1646-5067. nº15. (Janeiro- Março). p.1-38

ROY, Callista; ANDREWS, Heather (2001) – Teoria de Enfermagem- O Modelo de adaptação de Roy. Lisboa: Instituto Piaget. ISBN:972-771-175-8

SALMON, Karen - Commentary: Preparing Young Children for Medical Procedures: taking account of memory. **Journal of Pediatric Psychology**. [em linha]. Vol. 31, nº 8 (Setembro, 2006), p.859–861. Acedido a 10/01/2013. Disponível em <http://jpepsy.oxfordjournals.org/content/31/8/859.full.pdf+html>

SAMPAIO, Carlos et al - Sentimento dos acompanhantes de crianças submetidas a procedimentos cirúrgicos: vivências no perioperatório. **Revista Mineira de Enfermagem**. [em linha]. Vol.13 nº 4 (Outubro/dezembro, 2009), p. 558-564. Acedido a 10/01/2013. Disponível em :http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4c1220c4cae6d.pdf . ISSN 1415-2762

TEIXEIRA, Esmeralda; FIGUEIREDO, Maria (2009) – Experiência da criança no perioperatório de cirurgia programada. **Revista Referência**. ISSN 0874-0283. Nº 9, II série (Março,2009). p 7-14

WATSON, Agnes & VISRAM, Anil – Children's preoperative anxiety and postoperative behaviour . **Paediatric Anaesthesia**. [em linha]. Vol.13 nº3, (Março,2003) , p.188-204. ISSN:1155-5645. Acedido a 20/10/2012,de MEDLINE with Full Text. Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=7020f439-9fab-4168-ba34-f20c84bc1821%40sessionmgr111&hid=118>

ANEXOS

ANEXO I

Regulamento da Unidade de Cirurgia do Ambulatório

REGULAMENTO DA UNIDADE DE CIRURGIA DO AMBULATÓRIO

REGULAMENTO N.º: 33

DATA: 01/09/2010

ELABORADO POR: Diretor Unidade Cirurgia Ambulatório

Enfª Chefe Unidade Cirurgia Ambulatório

EM: 30/08/2010

DIVULGAÇÃO: Manual hospitalar

Quadro de referência

APROVADA PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

EM: 01/09/2010

INTRODUÇÃO

A Unidade da Cirurgia do Ambulatório (U.C.A.) requer suporte adequado de modo que os aspetos técnico-administrativos referentes à área física, localização, equipamentos, normas, rotinas e recursos humanos sejam assegurados como mecanismos que subsidiem a prevenção e o controle dos riscos e sustentem, na prática, a proteção ético legal da equipe e da instituição.

Face ao exposto importa proceder à regulamentação das atividades da U.C.A., tendo em vista obter os maiores ganhos em eficácia e eficiência, que contribuam para uma maior qualidade global no atendimento e no tratamento dos seus utentes.

Ao conceito de Cirurgia do Ambulatório está associado o princípio da segurança, uma vez que quando é realizada uma boa seleção dos utentes pelo Cirurgião, uma cuidadosa avaliação pelo Anestesta, com escolha adequada da técnica anestésica, não há razão para esperar mais complicações do que aquelas que surgem no regime de internamento.

O objetivo último da equipa da U.C.A. é o de realizar atos cirúrgicos e/ou de exploração, programados e realizados nas condições técnicas ideais, num bloco operatório, sob uma anestesia de modo variável, e seguida de uma vigilância pós-operatória, permitindo, sem risco maior, a saída do utente no mesmo dia da sua admissão. A U.C.A. é um serviço de terapêutica cirúrgica com uma articulação

harmoniosa com os outros serviços do hospital, constituindo-se como fator fundamental para a melhoria dos cuidados de saúde a prestar à população.

CAPÍTULO I – DISPOSIÇÕES GERAIS/FILOSOFIA

Artigo 1º - Missão

A Unidade da Cirurgia do Ambulatório do C.H.B.A., E.P.E., Unidade de Portimão fornece permanentemente, a cada pessoa que necessite de atos cirúrgicos e/ou de exploração programados, os cuidados e os serviços de qualidade requeridos pela sua situação, realizados em instalações próprias e presididos pelo princípio de segurança, o que permite o regime de admissão e alta do utente no mesmo dia.

Artigo 2º - Visão

A nossa visão do futuro é trabalhar por uma Unidade da Cirurgia do Ambulatório onde seja, cada vez mais importante, a qualificação global de qualidade da U.C.A.:

- Uma Unidade onde exista uma melhor definição político-estratégica que implemente melhorias notórias na rentabilização da U.C.A., mantendo a qualidade global no atendimento e no tratamento.
- Uma Unidade que promova a articulação entre instituições prestadoras de cuidados, tendo em vista a continuidade dos cuidados prestados ao utente/família.
- Uma Unidade que seja referência regional e nacional nos domínios da Cirurgia do Ambulatório.

Artigo 3º - Valores

- A melhoria contínua da qualidade: Qualidade no seu sentido mais amplo: a eficiência como compromisso ético, a confortabilidade, a acessibilidade, o respeito e o cuidado do meio ambiente. A qualidade dos serviços orientados para a conquista da satisfação dos utentes, no sentido de superar as suas expectativas.
- Integrar a comunidade e responder às solicitações no âmbito da Cirurgia do Ambulatório: Capacidade de adaptação, com o dinamismo, a agilidade e a criatividade que devemos assumir para dar resposta às mudanças, à incorporação de novas tecnologias, às necessidades dos cidadãos. Tudo isto

em estreita cooperação com os cuidados de saúde e com instituições prestadoras de cuidados.

- Partilhar uma Unidade de Cirurgia do Ambulatório que sabe apreender e ensinar: Os conhecimentos devem ser partilhados entre as pessoas que trabalham na Unidade, gerando assim uma mais-valia para o serviço. Devemos, também, apreender a ensinar comportamentos saudáveis.
- Reconhecer e compensar pela contribuição de cada um para a consecução dos objetivos da Unidade: A Unidade da Cirurgia do Ambulatório é constituída por uma equipa de profissionais com necessidade de comunicar, de dialogar, de cooperar num projeto comum, respeitando as ideias de todos. Ao trabalho e ao comportamento de cada um devem corresponder mais valias para a organização.

Artigo 4º - Objetivos

Apesar de se esperar que os maiores benefícios da Unidade da Cirurgia do Ambulatório se situem na área financeira, também os utentes, as famílias, a comunidade e a equipa médica terão vantagens. São seis os principais objetivos da Cirurgia do Ambulatório:

- a) Diminuir o tempo de internamento no Hospital;
- b) Reduzir as listas de espera na área de influência desta Unidade;
- c) Diminuir o risco de infeção nosocomial no C.H.B.A.,E.P.E.;
- d) Contribuir para a redução das despesas hospitalares;
- e) Disponibilizar as camas do internamento para utentes mais graves;
- f) Permitir uma maior satisfação do utente e da comunidade.

Artigo 5º - Código de ética

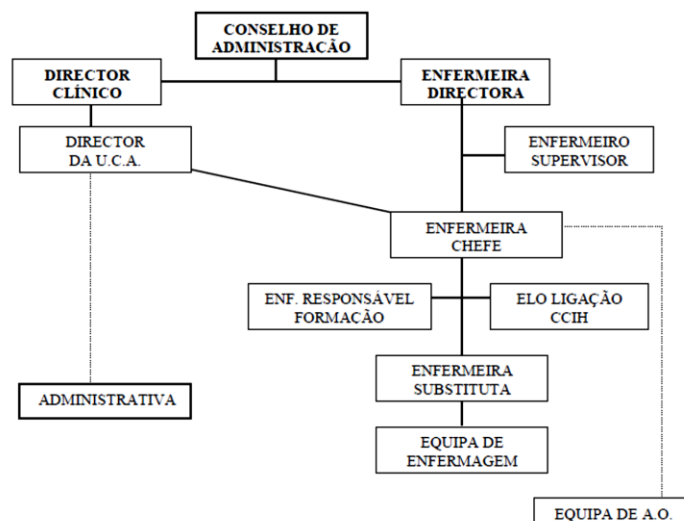
Os membros da Unidade da Cirurgia do Ambulatório submetem-se a regras específicas, que decorrem das particularidades da prática nesta Unidade. Os elementos enumerados ilustram algumas das responsabilidades mais fundamentais dos profissionais e do pessoal da Unidade da Cirurgia do Ambulatório:

- a) Cuidar dos utentes segundo as regras da arte;
- b) Reconhecer a primazia do bem-estar do utente como a responsabilidade fundamental;

- c) Respeitar os direitos dos utentes e esforçar-se por agir no seu melhor interesse;
- d) Comunicar sinceramente com o utente assegurando-se do seu consentimento esclarecido para a execução do procedimento invasivo médico ou cirúrgico;
- e) Respeitar o direito do utente à sua confidencialidade e não divulgar informações confidenciais sem o seu consentimento, a não ser que seja requerido devido a um dever superior;
- f) Interagir honestamente e equitativamente com os colegas de trabalho;
- g) Trabalhar em cooperação com todos os intervenientes que participam nos cuidados dos utentes da U.C.A.;
- h) Frequentar atividades de formação, a fim de manter os conhecimentos e as competências num nível ótimo, necessário à prestação de cuidados de qualidade aos utentes da U.C.A.;
- i) Colaborar nos esforços sociais de melhoria da saúde pública e da segurança.

CAPÍTULO II – DA ORGANIZAÇÃO

Artigo 6º - Organigrama da Unidade da Cirurgia do Ambulatório



Artigo 7º - Direção da Unidade da Cirurgia do Ambulatório

A direção da Unidade da Cirurgia do Ambulatório é assegurada pelo Diretor de Serviço.

Diretor da U.C.A.

Objetivos Chave:

- Garantir a fiabilidade da estrutura de cuidados e do planeamento financeiro;
- Assegurar o cumprimento das Normas e Procedimentos da U.C.A.

São funções do Diretor da U.C.A.:

- a) Determinar as necessidades da Unidade;
- b) Saber rentabilizar a Unidade;
- c) Garantir que a qualidade seja mantida;
- d) Proceder a auditorias para avaliação da qualidade dos atos prestados;
- e) Exercer as ações disciplinares que achar como convenientes por violação do regulamento;
- f) Zelar pela defesa do bom nome da instituição e dos profissionais de saúde que trabalham na U.C.A.;
- g) Elaborar Plano de Ação da Unidade, em colaboração com a Enfermeira Responsável;
- h) Representar a Unidade perante entidades oficiais ou outras;
- i) Promover a atualização científica dos elementos que trabalham na U.C.A.;
- j) Ser interlocutor perante as Direções dos Serviços.

Enfermeira Chefe

Objetivos Chave:

- Planear a atividade diária da Unidade;
- Assegurar o cumprimento das Normas e Procedimentos da U.C.A.

São funções da Enfermeira Chefe da Unidade da Cirurgia do Ambulatório:

- a) Promover e colaborar na definição ou atualização de normas e critérios para a prestação de cuidados de enfermagem;
- b) Determinar as necessidades em enfermeiros, tendo em vista os cuidados de enfermagem a prestar, cabendo-lhe a responsabilidade de os distribuir e adequar às necessidades existentes;
- c) Propor o nível e o tipo de qualificação exigidas ao pessoal de enfermagem, em função dos cuidados de enfermagem a prestar;

- d) Programar as atividades da Unidade, definir as responsabilidades e as obrigações específicas do pessoal de enfermagem e do restante pessoal sob a sua responsabilidade;
- e) Participar na elaboração do plano e relatório global da Unidade, desenvolvendo, de forma articulada, o plano e o relatório de atividades de enfermagem anual;
- f) Determinar os recursos materiais necessários para a prestação de cuidados de enfermagem;
- g) Participar na escolha de material e equipamento para a prestação de cuidados de enfermagem;
- h) Conhecer os custos dos recursos utilizados na prestação de cuidados na U.C.A. e encontrar mecanismos que garantam, a sua utilização correta e o controlo dos gastos efetuados, motivando nesse sentido todo o pessoal da Unidade;
- i) Planear e concretizar, com a equipa de enfermagem, ações que visem a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, procedendo à respetiva avaliação;
- j) Favorecer boas relações interpessoais na equipa de enfermagem e outro pessoal;
- k) Avaliar o pessoal de enfermagem da Unidade e colaborar na avaliação de outro pessoal;
- l) Promover a divulgação na U.C.A. da informação com interesse para o pessoal de enfermagem;
- m) Criar condições para que sejam efetuados estudos e trabalhos de investigação pelo pessoal de enfermagem da U.C.A.;
- n) Utilizar os resultados de estudos e trabalhos de investigação na melhoria da gestão da U.C.A.;
- o) Responsabilizar-se pela concretização, na U.C.A., das políticas de formação emanadas pelo Conselho de Administração;
- p) Criar condições para a realização de atividades de formação dos enfermeiros e de outro pessoal e colaborar nessa formação.

Em especial, compete ao Enfermeiro Chefe da Unidade da Cirurgia do Ambulatório:

- Garantir a organização e funcionamento da U.C.A.;
- Gerir as inclusões enviadas dos utentes pelos Diretores de Serviço que aguardam intervenção cirúrgica nas especialidades de Cirurgia e Otorrinolaringologia;

- Controlar programas operatórios nas especialidades cirúrgicas de Ginecologia, Gastroenterologia, Oftalmologia e Ortopedia;

Assegurar a melhoria continua dos cuidados de enfermagem e a satisfação dos profissionais;

- Favorecer e estimular a implicação do pessoal na U.C.A.;
- Fomentar a aplicação de programas, de políticas, de protocolos, de processos de controle da qualidade e de resolução de problemas;
- Proporcionar e articular com outros técnicos de formação específica em serviço;
- Disponibilizar, sempre que possível, os enfermeiros para ações de formação/estágios no âmbito da enfermagem na Cirurgia do Ambulatório;
- Distribuir diariamente atividades tendo em conta as características específicas de cada profissional;
- Organizar reuniões de serviço com o pessoal.

Artigo 8º - Equipa Médica

A U.C.A. não dispõe de um quadro médico próprio. É uma equipa multidisciplinar proveniente de vários Serviços do Hospital com programa operatório de cirurgia ambulatória.

A Equipa Cirúrgica é constituída por dois elementos, por sala, de cada especialidade a designar pelo respetivo serviço, de forma a assegurar melhores cuidados de acordo com legis artis.

A Equipa Anestésica é constituída por um elemento, por sala, a designar pelo serviço.

Artigo 9º - Equipa de Enfermagem e de Auxiliares de Ação Médica

Organigrama Técnico Funcional da Equipa de Enfermagem

Organização

Compete ao pessoal de Enfermagem prestar cuidados adequados às necessidades individuais do utente/família, com segurança e qualidade, que contribuam para uma alteração mínima no estilo de vida, uma vez que o utente regressa a sua casa no dia da intervenção, não existindo qualquer prejuízo na qualidade dos cuidados que lhe são prestados. Deste modo, a Equipa de Enfermagem da Unidade da Cirurgia do Ambulatório tem a seguinte composição:

- 1 Enfermeira Chefe;
- 1 Enfermeira Substituta;
- 9 Enfermeiros.

A gestão da Unidade da Cirurgia do Ambulatório é diariamente assegurada pela Enfermeira Chefe, das 08.00h às 16.30h. Nos períodos da sua ausência a gestão é assegurada pela Enfermeira Substituta (08.00h às 16.00h), devendo esta manter a Enfermeira Chefe permanentemente informada de todas as ocorrências relacionadas com a U.C.A..

No restante horário, das 16.30h às 24.00h, os Enfermeiros asseguram a resolução de situações pontuais.

Enfermeira Substituta

Objetivos Chave:

- Orientar e supervisionar os cuidados de enfermagem prestados aos utentes em todas as áreas da U.C.A.;
- Supervisionar o cumprimento das atividades das auxiliares de ação médica, tendo em conta as normas de procedimento para a Unidade e da Comissão de Controlo de Infeção;
- Substituir a Enfermeira Chefe nas suas ausências e impedimentos.

Globalmente, são funções da Enfermeira Substituta:

- a) Colaborar na organização e funcionamento da U.C.A.;
- b) Prestar cuidados de enfermagem com maior grau de diferenciação, tendo em vista a formação da Equipa;
- c) Planear, executar e implementar normas de atuação que possibilitem a uniformização dos cuidados de enfermagem;

- d) Favorecer e estimular a implicação do pessoal na U.C.A.;
- e) Colaborar na integração de novos elementos na Equipa, mesmo quando esta esteja delegada noutra elemento;
- f) Assegurar:
 - a melhoria continua dos cuidados de enfermagem e a satisfação dos profissionais;
 - o cumprimento das normas de Higiene Hospitalar por parte de todo o pessoal.
- g) Detetar necessidades de Formação em Serviço e colaborar na execução do plano de formação;
- h) Fomentar e promover práticas de relacionamento saudável entre todos os membros da equipa multidisciplinar.

Na área da prestação de cuidados existem:

- Em cada Sala Operatória - 2 Enfermeiros;
- Na U.C.P.A: - 2 Enfermeiros no turno da manhã;
 - 1 Enfermeiro no turno da tarde;
- No Acolhimento - 1 Enfermeiro no turno da manhã;
- Nas Consultas Pré-Operatórias - 1 Enfermeiro no turno da manhã.

Enfermeiro da Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (U.C.P.A.)

O Enfermeiro na U.C.P.A. é um elemento da equipa cirúrgica que presta cuidados ao utente no pós-operatório imediato, preparando-o para a alta no próprio dia
Norma de Procedimento Nº 1/X/E/SCA.

Enfermeiro do Acolhimento

O Enfermeiro do Acolhimento é o elemento da equipa que presta cuidados ao utente no acolhimento e pré-operatório imediato - Norma de Procedimento Nº 2/X/E/SCA.

Enfermeiro de Anestesia

O Enfermeiro de Anestesia é o elemento da equipa cirúrgica que desenvolve as suas atividades, em colaboração com o médico anestesista, nos períodos antes, durante e após o ato anestésico - Norma de Procedimento Nº 3/X/E/SCA .

Enfermeiro Circulante

O Enfermeiro Circulante deve desenvolver as suas atividades considerando os períodos, antes, durante e após a intervenção cirúrgica.

É o elemento responsável pelo bom funcionamento da sala operatória e equipa cirúrgica - Norma de Procedimento Nº 4/X/E/SCA .

Enfermeiro Instrumentista

O Enfermeiro Instrumentista é o elemento da equipa cirúrgica que deve desenvolver as suas atividades considerando os períodos, antes, durante e após a intervenção cirúrgica, mantendo o funcionamento adequado de todo o material cirúrgico e as condições de assepsia necessárias ao ato cirúrgico. - Norma de Procedimento Nº 7/X/E/SCA .

Enfermeiro da Consulta Pré-Operatória

O Enfermeiro da Consulta Pré-Operatória (MOD PC – 217) deve efetuar o ensino pré-operatório ao utente, estando atento se este reúne as condições de admissibilidade e efetua a avaliação para a admissão do utente ao programa da U.C.A. (MOD BO – 02/02).

Esclarece o utente/família do objetivo e benefícios esperados do procedimento cirúrgico, bem como dos riscos, complicações e sequelas que podem surgir, para obter o consentimento livre e esclarecido do utente ou do legítimo tutor (MOD PC – 34/03).

Entrega, a cada utente, um folheto que reúne as informações necessárias para o utente da U.C.A. (MOD IU – 23) e fornece-lhe o impresso que deve apresentar no dia do internamento, com a indicação da data e da hora que vai comparecer no primeiro piso, assim como, as normas que o utente tem de cumprir na véspera e no dia do ato cirúrgico (MOD AD – 69).

Relativamente aos Assistentes Operacionais, a equipa é composta por cinco elementos.

De referir que existem:

- Em cada Sala Operatória - 1 A.O.;
- Na U.C.P.A. - 1 A.O. no turno da manhã;
- 1 A.O. no turno da tarde;
- Na Área Semi-Restrita - 1 A.O. no turno da manhã .

Assistente Operacional – A.O.

Na U.C.A. é de extrema importância que seja garantida a destruição de parte ou da totalidade dos microorganismos patogénicos para que seja reduzido o risco de contaminação/infeção hospitalar - Norma de Procedimento Higiene do Ambiente Hospitalar Nº 6/I/S.

Além das funções de higiene dos A.O. na U.C.A., de referir as seguintes funções:

1. Colaborar com a equipa de enfermagem na preparação dos utentes, antes, durante e após as intervenções cirúrgicas.

1.1. Colaborar no transfer, transporte e posicionamento do utente na mesa operatória: O A.O. colocado na zona restrita, colabora na admissão do utente, transporta-o até à sala operatória respetiva e na saída do utente.

- O A.O. colocado na zona restrita é responsável por colaborar no início das cirurgias, no posicionamento e desinfeção do utente.

1.2. Colaborar durante a intervenção cirúrgica, mantendo-se atento às necessidades expressas pelo enfermeiro circulante.

1.3. Colaborar no final da cirurgia, assim que o enfermeiro circulante o solicitar, começando de imediato a ajudar a retirar o utente da marquesa para a maca.

1.4. Colaborar no transfer do utente da sala operatória para a U.C.P.A..

2. Realizar tarefas de tratamento e preparação de material cirúrgico e anestésico.

2.1. Preparar o material cirúrgico e anestésico de modo que o mesmo seja enviado ao Serviço de Esterilização, devidamente identificado e com a respetiva requisição

2.2. Arrumar todo o material recebido da Esterilização.

3. Colaborar na reposição, manutenção e arrumação de stocks.

3.1. Repor solutos, papel, aventais, máscaras, toucas, botas, lençóis, cobertores, almofada, escovas de desinfeção, suportes de cabeça e do corpo nos respetivos locais.

3.2. Armazenar o pedido diário de material esterilizado.

3.3. Receber, conferir e arrumar a roupa necessária.

3.4. Colaborar na arrumação do material de uso clínico e farmacêutico fornecido.

4. Garantir o estabelecimento de contactos com outros serviços.

- 4.1. Atender os telefones, campainha da porta e transmitir mensagens de uma área para outra.
- 4.2. Transportar produtos orgânicos para análise.
- 4.3. Providenciar a entrega e recepção de requisições e material, sendo a recepção e conferência da responsabilidade do enfermeiro.
5. Receber e colaborar na conferência das dietas dos utentes internados na U.C.P.A.
6. Manter limpos e arrumados os socos de circulação. Enviar diariamente os que foram utilizados para a esterilização, com o objetivo de serem lavados e desinfetados.
7. Colaborar com a equipa de saúde quando solicitado.
8. Assistir e participar em reuniões e ações de formação programadas.

Artigo 10º - Regulamento da Administrativa

São funções da Administrativa da U.C.A:

- a) Verificar data da marcação de Consulta de Anestesia, das inclusões cirúrgicas enviadas pelas diversas especialidades;
- b) Fazer a marcação da Consulta de Anestesia, quando necessário;
- c) Marcar Consulta de Pré-Operatório;
- d) Preparar os processos individuais dos utentes programados para a cirurgia, anexando a pulseira de identificação e o processo de Consulta Externa;
- e) Marcar a consulta de controle pós-operatório às quatro semanas, nas especialidades correspondentes;
- f) Efetivar, informaticamente, todas as consultas e atos cirúrgicos;
- g) Assegurar serviço de expediente;
- h) Assegurar a transmissão de comunicação entre os vários serviços;
- i) Arquivar toda a documentação da Unidade;
- j) Efetuar contactos telefónicos, quer para utentes, quer para instituições;
- k) Efetuar contactos telefónicos aos utentes programados na véspera da intervenção Cirúrgica;
- l) Solicitar os programas operatórios, com oito dias de antecedência, nas especialidades cirúrgicas que os elaboram, assim como a documentação que os deve acompanhar;

m) Providenciar que os programas operatórios sejam assinados pelo diretor do serviço da área cirúrgica correspondente.

Artigo 11º - Regras de funcionamento dos recursos humanos

Todos os profissionais de saúde que trabalham na U.C.A. estão abrangidos por estes princípios:

1. Respeito pelos Utentes e Acompanhantes mantendo sempre postura e discurso correto apoiando o acompanhante que permanece junto ao utente com idade inferior a dezasseis anos ou com incapacidades que justifiquem a sua permanência;
2. Manter o sigilo profissional em relação a situações clínicas com que se confrontem;
3. Todos os profissionais de saúde deverão respeitar a lei de proteção de Bases de Dados informáticos. A violação e/ou cópia não autorizada, é punida por lei;
4. Os profissionais de saúde devem cumprir o horário, para que as intervenções cirúrgicas decorram das 08.00horas às 14.00horas, de segunda a sexta-feira;
5. Em caso de doença ou impedimento deverá o profissional avisar o serviço com a devida antecedência;
6. O uniforme a usar nas salas operatórias é genérico e obrigatório a todos os elementos que nele trabalhem, não podendo em caso algum transitar para a área restrita sem calçado apropriado;
7. Só é permitida a entrada na área restrita, ao pessoal que exerça funções na cirurgia do ambulatório e aos elementos que constituem a equipa cirúrgica;
8. Não é permitido circular fora do serviço com a roupa e o calçado apropriado utilizado no ato cirúrgico;
9. Só é fornecido suplemento alimentar aos funcionários que se encontram a exercer funções nas salas operatórias;
10. Não é permitido tomar qualquer refeição no serviço, a não ser na área reservada para o efeito – sala do pessoal.

Artigo 12º - O processo de programação do utente da U.C.A.

A – Antes da intervenção: A seleção utente-intervenção

Corresponde ao contrato entre o utente e a organização, sendo composto por quatro etapas:

1ª Etapa – o desejo ou o pedido do utente ou da família

O utente é canalizado para a consulta de cirurgia geral ou de outra especialidade cirúrgica, através do médico de família, da urgência ou mesmo de outra especialidade.

2ª Etapa – A decisão do cirurgião

Após a consulta, o cirurgião propõe a indicação operatória e sugere o estatuto ambulatorio ao utente, explicando claramente as modalidades desta prática, para obter o seu consentimento livre e esclarecido.

Após o consentimento, o cirurgião verifica se o utente possui as condições básicas de admissão, a existência de algumas das condições de exclusão ao programa de cirurgia ambulatoria e solicita os exames complementares de diagnóstico necessários.

➤ Crítérios de admissibilidade ao programa de cirurgia do ambulatorio:

- A partir do ano de idade e/ou 10 Kg;

Doentes que classificados segundo o estado físico da A.S.A. das classes I e II;

- Alguns utentes classificados na classe III da A.S.A., estáveis, poderão ser aceites com grandes vantagens (menos risco de infeção hospitalar), por exemplo utentes imunodeprimidos;

- Domicílio fixo (casa para descansar nas primeiras 24 horas após alta);

- Ausência de barreira linguística;

- Telefone;

- Possibilidade de hospitalização em caso de urgência;

- Presença de acompanhante que saiba ler;

- As intervenções cirúrgicas propostas para a Cirurgia do Ambulatorio não deverão exceder os cento e vinte minutos;

- Deve haver um tempo máximo de deslocação (Domicílio – Hospital) menor a sessenta minutos.

Para as especialidades cirúrgicas de Oftalmologia e Gastroenterologia não são aplicados estes critérios de admissibilidade.

➤ Contra indicações para a admissão ao programa de cirurgia do ambulatorio:

1. Médicas:

1.1. *Absolutas*

- Hiperpirexia de origem desconhecida;
- Porfíria;
- Anemia de células falciformes;
- Esclerose múltipla;
- Alterações da coagulação.

1.2. *Relativas*

- Doenças cardiovasculares;
- Doenças respiratórias;
- Uso e abuso de fármacos / drogas;
- Vias aéreas de difícil acesso;
- Obesidade;
- Hérnia do hiato com refluxo;
- Dificuldades de mobilização;
- Diabetes insulino dependente;
- Doenças do foro psiquiátrico;
- Doenças endócrinas.

2. Cirúrgicas

- Previsibilidade da dor de difícil controlo, hemorragia ou drenagem abundante no pósoperatório;
- Imobilização prolongada no pós operatório.

3. Sociais

- Recusa do utente de ser operado em regime ambulatorio;
- Utentes não colaborantes;
- Utentes que não tenham adulto responsável para os acompanhar na alta hospitalar e na vigilância, pelo menos, nas primeiras 24 horas após a cirurgia.

Meios de diagnósticos essenciais para admissão ao programa da cirurgia do ambulatorio:

1. Com idade inferior a 40 anos:

1.1. *Sangue*

- Hemograma com plaquetas;
- Estudo de coagulação.

2. Com idade entre os 40 anos e os 60 anos:

- Exames anteriores;
- E.C.G;
- RX Tórax;
- Hemograma com plaquetas;
- Glicemia;
- Estudo da coagulação;
- Estudo da função renal.

3. Com idade superior aos 60 anos:

- Exames anteriores;
- E.C.G;
- RX Tórax;
- Hemograma com plaquetas;
- Ionograma;
- Glicemia;
- Estudo da coagulação;
- Estudo da função renal;
- Função hepática.

NOTA: Outros poderão ser pedidos de acordo com a história clínica e terapêutica em curso. Os exames complementares de diagnóstico devem ser pedidos na consulta da especialidade de modo a que os seus resultados estejam disponíveis no dia da consulta de anestesia.

3ª Etapa – A aceitação da anestesia

O anestesista, verifica os critérios de admissibilidade e de exclusão, e propõe o tipo de anestesia mais adaptado ao utente e à intervenção. Eventualmente pode transformar certas intervenções ambulatoriais em hospitalizações clássicas, se o considerar prudente.

4ª Etapa – O ensino pré-operatório

A consulta pré-operatória é realizada pelo enfermeiro da U.C.A. nos utentes das especialidades cirúrgicas de Cirurgia Geral, Ginecologia, Ortopedia e Otorrinolaringologia, entregando o folheto informativo relativo à intervenção cirúrgica

a efetuar. O enfermeiro continua a estar atento para a reunião de todas as condições de admissibilidade e nenhuma de exclusão (tanto clínicas como sociais).

As intervenções de enfermagem encontram-se descritas, anteriormente, nos procedimentos do enfermeiro da consulta pré-operatória.

B – O dia da intervenção: a segurança do utente

1ª Etapa – O acolhimento

O utente apresenta-se na U.C.A. de manhã, entre as 08.00h e as 09.00h , dependendo da marcação do tempo operatório. Depois de ter preenchido as formalidades administrativas no Secretariado, é conduzido, pela A.O. que o encaminha para a sala de Acolhimento, onde é recebido pelo enfermeiro que lhe faz o acolhimento no serviço.

O enfermeiro verifica se o Processo Clínico está completo e se os protocolos de admissão estão em conformidade, e se reúne as condições necessárias para ser operado. O anestesista reobserva o utente para se assegurar que o seu estado físico não se deteriorou recentemente e se necessário prescreve medicação pré-anestésica.

Se o utente não reúne condições operatórias é suspenso pelo Anestesista ou Cirurgião (MOD BO – 07/01) e encaminhado.

Só depois, o enfermeiro prossegue com a preparação pré-operatória.

2ª Etapa – Péri- operatório: A intervenção cirúrgica e a anestésica

Todos os atos cirúrgicos, mesmo que sejam mínimos, devem ser realizados num Bloco Operatório, que oferece todas as condições de segurança e comporta o equipamento necessário à prática e à vigilância da anestesia assim como ao tratamento das complicações anestésicas. São programados no início da sessão operatória as crianças (para reduzir o jejum pós-operatório) e as intervenções mais longas (sobretudo se a anestesia for geral e a entubação endotraqueal for necessária), depois os adultos, os atos curtos e por fim os utentes submetidos a cirurgias a áreas sujas.

O programa operatório desenrola-se de modo semelhante ao tradicional, contudo deve-se ter alguns cuidados suplementares:

- As cicatrizes devem ser reduzidas ao máximo;
- Ser efetuada uma hemóstase cuidadosa, de modo a prevenir a utilização de drenos;
- Os pensos devem ser confortáveis, com boa capacidade de absorção e ligeiramente compressivos.

O anestesista apoia-se nos produtos de semi-vida curta, permitindo deste modo uma recuperação rápida, nas anestésias loco-regionais diminuem os riscos pós-operatórios e simplificam a vigilância.

Na ficha de transmissão, é mencionado o protocolo anestésico, o tipo e a duração da intervenção realizada, a hora aproximada de saída, e os cuidados pós-operatórios a efetuar.

3ª Etapa – Pós-operatório

Fase I – Recobro

O utente permanece sob uma vigilância (monitorização), mais ou menos longa (cerca de duas horas) antes de recuperar totalmente a consciência e passar à fase seguinte, o que permite uma margem de recuperação mínima de seis horas.

A Analgesia pós-operatória é capital: a observação dos fenómenos dolorosos apresentados por cada utente, permitem equilibrar o tratamento das dores nas horas e dias seguintes.

Fase II – Preparação para a alta

Os cuidados a prestar ao utente, nesta fase, tem por fim:

- A estabilidade clínica;
- A preparação para a posição horizontal/levante gradual;
- A adaptação à ingestão de líquidos.

Todos os utentes são observados antes da alta, pelo cirurgião e pelo anestesista. Se por qualquer razão o utente não estiver em condições de ter alta, o mesmo terá que ser transferido para o serviço da valência correspondente.

O utente, em regime ambulatorio, só terá alta clínica se reunir as seguintes condições, que sem consideram essenciais:

- Sinais vitais estáveis, pelo menos cerca de uma hora antes da alta;
- Ausência de sinais de depressão respiratória;
- Boa orientação no espaço e no tempo;

- Independente nas A.V.D.:
- Alimentação
- Mobilização
- Vestir e despir
- Eliminação
- Ausência de sinais de hemorragia;
- Não deve apresentar náuseas, vômitos ou cefaleias intensas;
- A alta hospitalar será dada pelo Anestesista e Cirurgião;
- Deve levar instruções e prescrições medicamentosas para o pós-operatório no domicílio;
- Quando prescrito pelo Anestesista, a analgesia é oferecida pela Instituição, para as primeiras 48 horas;
- Deve-se fornecer o número de telefone do hospital e o nome do Cirurgião a contactar caso haja alguma complicação;
- Deve levar documento onde refere a descrição sumária do acto anestésico e cirúrgico;
- Deve-se fazer acompanhar da ficha de admissão e alta;
- Deve-se fazer acompanhar por adulto responsável, consoante instrução da ficha de dmissão.

Fase III – A alta

Uma vez que o utente reúna as condições para ter alta, e que esta seja confirmada pelo anestesista, é muito importante o reforço do ensino do utente.

É o enfermeiro da U.C.P.A., que na altura da alta faz a entrevista com o utente e com o familiar que o vai acompanhar entregando a nota de alta de enfermagem (MOD EN – 360). Tanto o utente como o acompanhante devem ficar a saber distinguir as diferenças entre as reações normais e as complicações que possam surgir e como atuar numa e noutra situação.

Deve também ser explicado a importância do repouso e da calma, alimentação, limitações queo utente terá pela cirurgia e pela anestesia, exercícios que deve fazer, cuidados especiais com pensos e retoma das atividades habituais.

Relembrar e anotar a data da próxima consulta ao médico no caso de tudo correr sem complicações.

Caso o utente necessite de ficar internado num serviço do hospital, é da responsabilidade da sua equipa providenciar a disponibilidade dos seus elementos para efetuarem a transferência do utente, excepto nos serviços de urgência pediátrica, urgência geral e bloco operatório.

Fase IV – Depois da intervenção: uma vigilância

Os cuidados e a vigilância pós-operatória, são efetuados da seguinte forma:

- Contacto telefónico às 24 horas e 30 dias após a intervenção cirúrgica efetuado pelo enfermeiro da U.C.A. escalado para o efeito, com o objetivo de realizar a avaliação do pós-operatório do utente (MOD EN – 358).
- Consulta pós-operatória efetuada pelo cirurgião às quatro semanas.

O utente é informado que pode telefonar para esclarecer, aos Enfermeiros da Unidade, qualquer dúvida que tenha. Caso seja detetado que algo não está a correr como planeado sugerido que recorra ao Serviço de Urgência, por uma questão de segurança.

Artigo 13º - Gestão da lista de espera dos utentes

A gestão das listas de espera dos utentes da U.C.A. nas Especialidades de Cirurgia Geral e de Otorrinolaringologia (O.R.L.) é efetuada na U.C.A..

Nas Especialidades de Oftalmologia, de Gastroenterologia, de Ginecologia, de Ortopedia a gestão das listas de espera é efetuada pelo Diretor dos respetivos serviços, com o cumprimento de algumas normas instituídas neste Serviço, como:

- Envio do programa operatório com oito dias de antecedência;
- O programa operatório deve fazer-se acompanhar dos respetivos processos clínicos dos utentes a operar, assim como os exames complementares de diagnóstico;
- No plano operatório deve constar a etiqueta do utente, diagnóstico, tipo de intervenção a realizar, nome do cirurgião e do ajudante e caso seja necessário a Imagiologia;
- Quando os planos operatórios derem entrada na U.C.A. os utentes já realizaram todos os exames complementares de diagnóstico, assim como a Consulta de Anestesia, se para tal for necessário;

- Devem ser observados todos os critérios de admissibilidade antes de serem planeados os programas operatórios.

É da responsabilidade dos diferentes Diretores de serviço das várias especialidades usuárias desta unidade, assegurar e garantir a equipa médica.

CAPÍTULO III – ESTRUTURA FÍSICA DO SERVIÇO

Artigo 13º Organização física da Unidade da Cirurgia do Ambulatório

1. Localização e inter-relações estruturais

A Unidade da Cirurgia do Ambulatório é uma unidade situada no seio do Hospital, com instalações próprias e possui recursos materiais, humanos (enfermeiros, assistentes operacionais e administrativas), duas salas operatórias e U.C.P.A. próprios. As inter-relações principais da U.C.A. com outros Serviços dizem respeito às Consultas Externas, Serviços de Urgência Geral e Pediátrica, aos Serviços de Internamento das Especialidades, Laboratório e Imagiologia (os técnicos de imagiologia são requisitados sempre que necessário). As relações com os Serviços Administrativos, o Serviço de Instalações e Equipamento são relativamente fortes. No que toca ao aprovisionamento as principais inter-relações são com o Armazém, Serviço de Aprovisionamento, Farmácia e Lavandaria.

Há outras inter-relações significativas, são exemplo disso, o Bloco Central, os Serviços de Imunohemoterapia e Imagiologia.

2. Estrutura

A U.C.A. tem duas áreas distintas, que são:

2.1. Área restrita

- a) Salas operatórias
- b) Salas de anestesia
- c) Zona de desinfeção
- d) Zona interior de acesso às salas operatórias

2.2. Área semi-restrita

- a) Corredor central
- b) Arrecadação de material e medicamentos
- c) Gabinete da Enfª Chefe
- d) Sala do pessoal
- e) U.C.P.A.
- f) Zona de sujos
- g) Zona de transfer de materiais e limpos
- h) Zona exterior de acesso às salas operatórias
- i) Vestiários do pessoal e dos utentes

2. Circulação de pessoal, utentes e material na U.C.A.

Os cuidados de saúde prestados ao utente na Unidade da Cirurgia do Ambulatório requerem circulação de utentes, pessoal e material nesta Unidade.

O planeamento e controle destes movimentos são componentes básicos na prevenção da infeção.

Considerando que a estrutura física da Unidade pré-determina os circuitos do tráfego de utentes, pessoal e material, estão determinados os seguintes circuitos de tráfego:

- Externo - Interno
- Interno - Externo
- Interno
- Circuito Externo - Interno

Pessoal

Todo o pessoal que entra na área restrita deve ter uma razão válida para o fazer. Deve cumprir as normas estabelecidas.

Vestuário

Deve retirar toda a roupa e calçado que utiliza no exterior desta área, devendo para o efeito utilizar a roupa adequada para circular neste espaço, assim como colocar touca/barrete para proteção dos cabelos

.

Zona interior de acesso às salas operatórias

Deve-se mudar de calçado do exterior para o interior ou colocar uma proteção externa para o calçado.

Deve-se colocar máscara cirúrgica sempre que se dirija para as áreas restritas.

Circuito Interno - Externo

Pessoal

A saída do pessoal das salas operatórias para o exterior, realiza-se através da zona interior e exterior de acesso às salas operatórias do pessoal.

Calçado

Pode permanecer na zona interior e exterior de acesso às salas operatórias.

Vestuário

A roupa de circulação, a máscara e a touca/barrete devem ser retirados na zona dos vestiários e colocados em recipientes apropriados.

Deve ser mudado a cada saída do serviço e sempre que se considere sujo.

Utentes

Os utentes devem sair das salas operatórias pela zona exterior de acesso às salas operatórias, respeitando os mesmos passos que foram realizados para a sua entrada.

Os utentes devem ter a roupa da maca limpa, assim como, uma bata vestida e os cabelos protegidos com barrete/touca.

Transfer de utentes

Deve ser realizado em zona própria através da área exterior de acesso às salas operatórias.

Maca do utente

Não deve dar entrada nas áreas restritas, salvo em situações de força maior.

Equipamento e reposições

O material destinado a ser utilizado em atos cirúrgicos deve ser transportado em contentores fechados ou protegidos.

Material

Deve dar entrada pela janela de transfer de material.

Todo o equipamento será desinfetado antes de entrar em circulação nas áreas restritas.

O material deve sair da área restrita acondicionado e em contentores fechados de modo a evitar contaminação do ambiente, através da zona exterior de acesso às salas operatórias.

Essa transferência só se deve processar no fim do programa cirúrgico do dia.

Circuito Interno

Pessoal

O movimento do pessoal nas salas operatórias deve ser reduzido ao mínimo, enquanto se realiza a cirurgia.

As portas das salas operatórias devem estar fechadas durante todo o tempo que se realiza a cirurgia, excepto para a circulação de pessoas e materiais.

A circulação do pessoal para as salas operatórias deve-se fazer sempre da sala de anestesia para as mesmas ou da zona limpa para dentro das salas. A protecção do pessoal que intervêm no tratamento do material e equipamento utilizado na cirurgia (limpeza e desinfeção das salas operatórias), deve constar de roupa adequada para circular neste espaço, barrete/touca, máscara e luvas.

As luvas serão retiradas e inutilizadas após o procedimento em questão.

Utente

Após o transfer do utente, a sua circulação faz-se para o U.C.P.A. e após o recobro irá para o seu domicílio.

Material

A circulação do material e equipamento limpo deve ser separado do circuito sujo e lixo, através de circuitos separados em espaço e tempo e/ou regras de tráfego.

O lixo e a roupa suja, saem da área restrita em sacos de plástico, devidamente identificados, pelo corredor e são colocados na zona suja, respeitando as barreiras estabelecidas.

As portas das salas operatórias só deverão ser abertas após a intervenção cirúrgica e saída do paciente e também enquanto decorrer a limpeza e desinfeção das salas operatórias.

ANEXO II

CRITERIOS DE ELEGIBILIDADE DO SNIPI

Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

Critérios de elegibilidade

De acordo com o Decreto-lei 281/09 de 6 de Outubro, são elegíveis para apoio no âmbito do SNIPI, as crianças entre os **0** e os **6 anos** e respetivas famílias, que apresentem condições incluídas nos seguintes grupos:

1 - «Alterações nas funções ou estruturas do corpo» que limitam o normal desenvolvimento e a participação nas atividades típicas, tendo em conta os referenciais de desenvolvimento próprios, para a respetiva idade e contexto social;

2 - «Risco grave de atraso de desenvolvimento» pela existência de condições biológicas, psicoafectivas ou ambientais, que implicam uma alta probabilidade de atraso relevante no desenvolvimento da criança.

São elegíveis para acesso ao SNIPI, todas as crianças do **1º grupo** e as crianças do **2º**, que acumulem **4 ou mais** fatores de risco **biológico e/ou ambiental**. Tal como foi empiricamente demonstrado, este número constitui o ponto de charneira para um aumento substancial do efeito do risco (efeito cumulativo do risco).

Definições:

Funções do Corpo - São as funções fisiológicas dos sistemas orgânicos (incluindo as funções psicológicas ou da mente)

Estruturas do Corpo - São as partes anatómicas do corpo, tais como, órgãos, membros e seus componentes.

Atividade é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo. Limitações da atividade são dificuldades que o indivíduo pode ter na execução de atividades.

Participação é o envolvimento de um indivíduo numa situação da vida real.

Restrições na participação são problemas que um indivíduo pode enfrentar quando está envolvido em situações da vida real.

Critérios de Elegibilidade Aprovado na reunião da CC de 16 de Junho de 2010 1/4

Critérios de Elegibilidade Aprovado na reunião da CC de 16 de Junho de 2010 2/4

1 - Crianças com alterações nas funções ou estruturas do corpo (ICF - CY, 2007)

1.1 Atraso de Desenvolvimento sem etiologia conhecida, abrangendo uma ou mais áreas (motora, física, cognitiva, da linguagem e comunicação, emocional, social e adaptativa), validado por avaliação fundamentada, feita por profissional competente para o efeito.

1.2 Condições Específicas – Baseiam-se num diagnóstico relacionado com situações que se associam a atraso do desenvolvimento, entre outras:

- Anomalia cromossómica (p. ex. Trissomia 21, Trissomia 18, Síndrome de X-Fragil)
- Perturbação neurológica (p. ex. paralisia cerebral, neurofibromatose)
- Malformações congénitas (p. ex. síndromas polimalformativos)
- Doença metabólica (p. ex. mucopolisacaridoses, glicogenoses)
- Défice sensorial (p. ex. baixa visão/cegueira, surdez)
- Perturbações relacionadas com exposição pré-natal a agentes teratogénicos ou a narcóticos, cocaína e outras drogas (p. ex. síndrome fetal alcoólico)
- Perturbações relacionadas com infeções severas congénitas (p. ex. HIV, grupo TORCH, meningite)
- Doença crónica grave (p. ex. tumores do SNC, D. renal, D. hematológica)
- Desenvolvimento atípico com alterações na relação e comunicação (p. ex. perturbações do espectro do autismo)
- Perturbações graves da vinculação e outras perturbações emocionais.

2 - Crianças com Risco Grave de Atraso de Desenvolvimento

2.1 – Crianças expostas a fatores de risco biológico: Inclui crianças que estão em risco de vir a manifestar limitações na atividade e participação (ICF – CY, 2007) por condições biológicas que interfiram claramente com a prestação de cuidados básicos, com a saúde e o desenvolvimento.

Baseiam-se num diagnóstico relacionado com, entre outros:

- História familiar de anomalias genéticas, associadas a perturbações do desenvolvimento;
- Exposição intra-uterina a tóxicos (álcool, drogas de abuso);
- Complicações pré-natais severas (Hipertensão, toxémia, infecções, hemorragias, etc.);
- Prematuridade <33 semanas de gestação;
- Muito baixo peso à nascença (< 1,5Kg);
- Atraso de Crescimento Intra-Uterino (ACIU): Peso de nascimento <percentil 10 para o tempo de gestação;
- Asfixia perinatal grave (Apgar ao 5º minuto <4 ou pH do sangue do cordão <7,2 ou manifestações neurológicas ou orgânicas sistémicas neonatais).
- Complicações neonatais graves (sépsis, meningite, alterações metabólicas ou hidroelectrolíticas, convulsões)
- Hemorragia intraventricular;
- Infecções congénitas (Grupo TORCH);
- Criança HIV positiva
- Infecções graves do sistema nervoso central (Meningite bacteriana, meningoencefalite)
- Traumatismos cranianos graves
- Otite média crónica com risco de défice auditivo

2.2 - Crianças expostas a fatores de risco ambiental

Consideram-se condições de risco ambiental a existência de **fatores parentais ou contextuais**, que atuam como obstáculo à atividade e à participação da criança (ICF–CY, 2007), limitando as suas oportunidades de desenvolvimento e impossibilitando ou dificultando o seu bem-estar.

2.2.1 - São entendidos como **fatores de risco parentais**, entre outros:

- Mães adolescentes < 18 anos
- Abuso de álcool ou outras substâncias aditivas
- Maus-tratos ativos (maus-tratos físicos, emocionais e abuso sexual) e passivos (negligência nos cuidados básicos a prestar à criança (saúde, alimentação, higiene e educação)

- Doença do foro psiquiátrico
- Doença física incapacitante ou limitativa

2.2.2 - *Consideram-se **fatores contextuais**, entre outros:*

- 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 ação social);
- Desorganização Familiar (conflitualidade familiar frequente; negligência da habitação a nível da organização do espaço e da higiene);
- 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 interação mãe/pai-criança

Critérios de Elegibilidade Aprovado na reunião da CC de 16 de Junho de 2010

APÊNDICES

APÊNDICE I

CRONOGRAMA DE ESTÁGIO

ANOS	2012												2013													
MESES	Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro				Fevereiro		Março							
DIAS	1	8	15	22	29	5	12	19	26	3	10	17	20	3	7	14	21	28	4	11	18	25	4			
	5	12	19	26	2	9	16	23	30	7	14	19		2	4	11	18	25	1	8	15	22	1	8		
Consulta externa de Pediatria – consulta de preparação pré-operatória				23										FÉRIAS NATAL												
Unidade de cuidados intensivos							20																			
Centro de Saúde												18														
Unidade de Internamento de Pediatria e Cirurgia do Ambulatório																	15									

 Elaboração e Apresentação do Relatório

 Introdução ao estágio / orientação do docente

 Dia do seminário

APÊNDICE II

CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PEDIATRIA

A Unidade de Internamento de Pediatria do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio em Portimão, está integrada no departamento Materno-Infantil, encontra-se situada no piso 2 do Hospital e recebe crianças até aos catorze anos de vida, assim como as respetivas famílias. Os recursos humanos são constituídos por sete Pediatras, vinte e três Enfermeiros e onze Assistentes operacionais, distribuídos pelo serviço de internamento de Pediatria e Unidade de Neonatologia.

A equipa de Enfermagem é constituída por: doze Enfermeiras especialistas em saúde infantil de Pediatria, nove Enfermeiras generalistas, em que duas estão a frequentar o curso de especialização na área de Saúde infantil e pediatria. O método individual de trabalho é o método adotado pela instituição, e presente no serviço. Os registos são realizados em suporte informático, em linguagem CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

O serviço de internamento de Pediatria, por ser o único serviço de internamento de Pediatria do Hospital, recebe crianças de patologia médica e cirúrgica.

A Pediatria tem lotação para 16 crianças, sendo patologias do foro médico como infeções respiratórias, gastroenterológicas, geniturinárias, doenças crónicas. Em situação de existência de vagas, existam internamentos do foro cirúrgico.

Os cuidados são prestados segundo o Modelo de Parceria de cuidados, de Anne Caesy.

No que concerne aos objetivos do serviço, são delineados:

Objetivos gerais:

- Promover o desenvolvimento qualitativo dos recursos humanos como forma de melhorar a prática dos cuidados;
- Assegurar a qualidade dos cuidados prestados às crianças/famílias;
- Promover o intercâmbio de experiências/conhecimentos entre profissionais;
- Colaborar com estabelecimentos de ensino na formação pré-graduada e pós-graduada dos profissionais.

Objetivos específicos:

- Estimular a participação dos profissionais na formação;

- Melhorar/Atualizar as Normas / Protocolos em vigor na Instituição, para a área da Pediatria;
- Dar continuidade aos registos informáticos CIPE/SAPE, prescrições e circuitos on-line;
- Desenvolver um sistema de grau de dependência de cuidados para a Neonatologia;
- Colaborar na orientação de estágios de ensinos clínicos pré graduados, recebendo formandos da licenciatura em enfermagem, de diversos estabelecimentos de ensino ;
- Desenvolver nos Enfermeiros, a capacidade de tutoria de formandos, no âmbito do exercício profissional tutorado;
- Identificar as necessidades de segurança e gestão do risco do serviço, visando a implementação de medidas correctivas;
- Dar cumprimento às 10 medidas dos Hospitais Amigos dos Bebés;
- Dar cumprimento às medidas preventivas no controlo da Infeção Hospitalar;
- Manter o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao filho, dando-lhes mais competências, confiança e segurança;
- Criar as condições ambientais necessárias para o crescimento e desenvolvimento harmonioso do Bebé;
- Dar continuidade à constante formação do pessoal em atividades de formação, no sentido de existir uma melhor preparação para o desempenho profissional;
- Colaborar com a Comissão de Controlo da Infeção Hospitalar, no sentido da monitorização e avaliação de potenciais riscos, possuindo uma atitude corretiva segundo a orientação da mesma
- Melhorar os cuidados a prestar à criança/família, através da reformulação contínua dos procedimentos, implementando boas práticas e adquirindo o equipamento necessário;

Análise SWOT (parcial, apenas ao ambiente interno)

Falta as oportunidades(Opportunities) e ameaças (Threats) da análise externa.

Pontos Fortes (Strengths)

- Equipa de Enfermagem maioritariamente jovem e com atitude empreendedora;
- Equipa de Assistentes Operacionais unida e trabalhadora;
- Instalações físicas agradáveis e harmoniosas;
- Abertura do serviço ao exterior (idas às escolas, visitas de estudo ao serviço, etc.);
- Atividades continuadas de Formação em Serviço;
- Articulação ambulatória/internamento;
- Atividades de entretenimento e distração para as crianças internadas;
- Abertura da maioria dos profissionais para o desenvolvimento das boas práticas;
- Filosofia de Enfermagem incrementada na parceria de cuidados, Modelo de Anne Casey, com o utente pediátrico;
- Atitude da equipa de Enfermagem e Assistentes Operacionais proactiva na procura da melhoria contínua;
- Baixo nível de absentismo da equipa.

Pontos Fracos (Weaknesses)

- Lotação inadequada face às necessidades da população Pediátrica;
- Grupo etário restrito (até aos 14anos de idade);
- Equipa multidisciplinar pouco envolvida na missão e concretização de objetivos comuns;
- Sectores de Pediatria / Neonatologia conjuntos;
- Contenção de custos a nível organizacional, impossibilitando a renovação do equipamento deteriorado;
- Inexistência de incentivos e benefícios para os profissionais;
- Inexistência de Educadora de Infância durante dias não úteis e durante a tarde;

- Não responsabilização pela limpeza dos brinquedos;
- Sala de atividades localizada em zona de passagem.

APÊNDICE III

DESENVOLVIMENTO INFANTIL

ESTADIO DE DESENVOLVIMENTO	Desenvolvimento psicosexual	Desenvolvimento Cognitivo (Piaget)	Desenvolvimento psicossocial (Erikson)	Desenvolvimento Da imagem corporal	Desenvolvimento social	Desenvolvimento da identidade de Gênero	Desenvolvimento Moral (Kohlberg)	Desenvolvimento da sexualidade	Desenvolvimento espiritual
Lactentes (até 1 ano)	Estágio Oral	Fase sensório-motora (até aos 2 anos)	<i>Confiança vs Desconfiança</i> Aquisição do senso de confiança ao superar um sentimento de desconfiança	Paralelo ao desenvolvimento o sensório-motor Conquista do conceito de objeto permanente	Inicialmente influenciado pelo comportamento reflexivo Riso social – primeiro passo de comunicação social Apego Desenvolvimento da linguagem Brincar				
Primeira Infância: <i>Toddler</i> (1 aos 3 anos)	Estágio anal	Fase sensório-motora – 2 sub-estágios finais (12 aos 24 meses) <i>Reações circulares terciárias</i> (13-18 meses) <i>Invenção de novos significados através de combinações mentais</i> (19 aos 24 meses) Fase pré-operacional (2 a 4 anos)	<i>Autonomia vs vergonha e dúvida</i> Aquisição do Senso de autonomia	Paralelo próximo com o desenvolvimento o cognitivo Autoconsciência Reconhecem a utilidade das partes corporais e gradualmente os seus nomes Reconhecem diferenças de gênero - 2 anos	Diferenciação do eu de outras pessoas significantes Separação Individualização Objetos transicionais <i>Linguagem Comportamento pessoal-social Brincar</i>	3 anos Senso de masculinidade e feminilidade			
ESTADIO DE DESENVOLVIMENTO	Desenvolvimento psicosexual	Desenvolvimento Cognitivo (Piaget)	Desenvolvimento psicossocial (Erikson)	Desenvolvimento Da imagem corporal	Desenvolvimento social	Desenvolvimento Moral (Kohlberg)	Desenvolvimento da sexualidade	Desenvolvimento espiritual	

<p>Primeira Infância:</p> <p><i>Pré-escolares</i> (3 aos 6 anos)</p>	<p>Estágio Fálico</p>	<p>pensamento pré-operacional</p> <p>fase intuitiva (4 aos 7 anos)</p>	<p><i>Iniciativa vs culpa</i></p> <p>Aquisição do Senso de iniciativa</p>		<p>Linguagem</p> <p>Comportamento s Pessoal-social Brincadeira</p>	<p>Nível pré-convencional ou pré-moral</p> <p><i>Orientação de punição e obediência</i> (2 a 4 anos)</p> <p><i>Orientação instrumental ingenua</i> (4 a 7anos)</p>		<p>Influenciado pelo nível cognitivo</p> <p>Conceito concreto de deus com características físicas</p>
<p>Infância Média:</p> <p><i>Idade escolar</i> (6 a 11/12 anos)</p>	<p>Período de latência</p>	<p>Estágio das operações concretas</p> <p>(raciocínio indutivo e início do raciocínio lógico – 7 aos 11 anos)</p>	<p><i>Diligência vs Inferioridade</i></p> <p>Aquisição do Senso de construtividade</p>	<p>Desenvolvimento do autoconceito</p>	<p>Relacionamento social e cooperação</p> <p>Relacionamento familiar</p> <p>Brincar</p>	<p>Conhecem as regras e os comportamentos esperados delas, mas não entendem por detrás</p>		<p>Fascinadas com conceitos de céu e inferno</p> <p>Esperam ser punidas pelo mau comportamento</p> <p>Podem ver as doenças como uma punição</p>
<p>Infância Tardia:</p> <p><i>Fase pré-adolescência</i> (10 aos 13 anos)</p> <p><i>Fase adolescência</i> (13 aos 18 anos)</p>	<p>Estágio genital</p>	<p>Operações formais</p> <p>Raciocínio dedutivo e abstrato –dos 11 aos 15anos</p>	<p><i>Identidade vs confusão</i></p> <p>Senso de identidade</p> <p><i>Identidade:</i> - no grupo - individual - no papel do gênero - afetividade</p>	<p>Sentem-se desconfortáveis com o seu corpo alterado</p> <p>Comparam-se constantemente com os outros</p> <p>Fazem julgamentos a respeito da sua própria normalidade</p>	<p>Relacionamento com os pares (grupo de amigos e melhores amigos)</p> <p>Interesse e actividades</p>	<p>Entendem responsabilidades e deveres com base em direitos recíprocos e conceitos de justiça</p>	<p>Momento crítico</p> <p>Mudanças hormonais, físicas, cognitivas e sociais</p> <p>Aumento da competência de tomada de decisão (pensamento operacional Formal)</p>	<p>Questionam os valores e ideias da sua família</p> <p>Podem revelar preocupações espirituais profundas</p>

Bibliografia: HOCKENBERRY, Marilyn J.; WILSON, David (2011) – **Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. (8ª Ed.). Rio de Janeiro: Mosby Elsevier. ISBN 978-85-352-3447-3; BRAZELTON, Berry T. (2010) – **O grande livro da criança**. (12ªEd).Lisboa: Editorial Presença. ISBN 978-972-23-1930-0; PAPALIA, Diane E; Olds, Sally; Feldman,Ruth (2009) – **O Mundo da Criança – Da infância à adolescência** (11ªEd): Mc Graw-Hill. ISBN: 9788577260416

APÊNDICE IV

DESENVOLVIMENTO INFANTIL – PRÉ-ESCOLAR E ESCOLAR

ESTADIO DE DESENVOLVIMENTO

Primeira Infância:

Pré-escolares

(3 aos 6 anos)

**Desenvolvimento
Cognitivo
(Piaget)**

Fase pré-operacional (2 aos 7anos):

Fase pré-conceitual (2- 4 anos)

Fase do pensamento intuitivo (4 -7anos)

Mudança do pensamento totalmente egocêntrico para a consciência social e capacidade de analisar outros pontos de vista

Linguagem

Presumem que todos pensam como eles e como uma breve explicação dos seus pensamentos seja o suficiente para os outros entenderem

Usam a linguagem sem compreender o seu significado, principalmente conceitos de causalidade, tempo, direita e esquerda

Pensamento mágico

Devido ao egocentrismo e raciocínio transdutivo, acreditam que os pensamentos são poderosos

O que os colocam em posição vulnerável para sentir culpa e responsabilidade pelos maus pensamentos

Incapaz de raciocinar logicamente sobre a causa e efeito da doença

Acreditam no poder das palavras e aceitam o seu significado literalmente

<p>Desenvolvimento psicossocial (Erikson)</p>	<p>Aquisição do senso de iniciativa <i>Iniciativa vs Culpa</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – O conflito surge quando as crianças ultrapassam os limites das suas capacidades e questionamentos, experimentando o sentimento de culpa por não ter agido adequadamente. – Os sentimento de culpa, ansiedade e medo podem ser resultantes de pensamentos que diferem de um comportamento esperado. – Desenvolve sentimento de rivalidade ou competição com um dos pais, o do mesmo sexo. – Poderá desejar a morte de um dos pais – A rivalidade é resolvida quando a criança se identifica com o pai do mesmo sexo – Se o pai do mesmo sexo morre sem esse processo de identificação, poderá surgir o pensamento de culpa – Desenvolvimento do superego ou da consciência – final da primeira infância
<p>Desenvolvimento Da imagem corporal</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Reconhecem que as pessoas têm aparências desejáveis e indesejáveis – Reconhecem diferenças de cor de pele e identidade racial – Estão vulneráveis a aprender preconceitos e tendências – Compreendem o significado de bonito ou feio – Refletem sobre a opinião dos outros em relação à sua própria aparência – Comparam o seu tamanho com o das outras crianças, e podem tomar consciência que são grandes ou pequenos (5anos)

	<p>– Não tem uma boa definição do contorno do corpo e tem pouco conhecimento da sua anatomia interna</p> <p>As experiências invasivas são assustadoras, especialmente relacionadas com integridade cutânea. Temem que a sua pele fique com buracos e todo o sangue e vísceras saiam para fora do corpo</p>
Desenvolvimento social	<p><u>Linguagem</u> Processo de separação individualização está concluído</p> <p><u>Comportamento pessoal-social</u> <u>brincadeira</u></p>
Desenvolvimento Moral (Kohlberg)	<p>Nível pré-convencional ou pré-moral Desenvolvimento do julgamento moral está no nível mais baixo</p> <p><u>Orientação de punição e obediência</u> (2 -4 anos) – sabem se a sua ação é boa ou má de acordo com resultado, se em recompensa se em castigo</p> <p><u>Fases de orientação ingênua</u> (4 -7 anos) - as suas ações estão direcionadas à satisfação das suas necessidades e menos frequentemente às necessidades dos outros Tem sentido concreto de justiça e da lealdade</p>
Desenvolvimento da	Criam ligações fortes com o pai do sexo oposto e a

sexualidade	<p>identificar-se com o pai do mesmo sexo.</p> <p><u>Tipificação sexual</u> (processo que o individuo desenvolve o comportamento, personalidade, atitudes e crenças adequadas ao seu sexo e cultura)</p> <p>Imitações dos papéis sexuais e “vestir-se” como o pais é importante</p> <p>Atitudes e respostas de outras pessoas podem ter importância na maneira como a criança se ve a si e aos outros.</p> <p>Podem-se iniciar as questões sobre a reprodução sexual</p>
Desenvolvimento espiritual	<ul style="list-style-type: none">– Influenciado pelo seu nível cognitivo– Possuem um conceito concreto de Deus com características físicas.– Entendem as histórias bíblicas simples e memorizam orações curtas, mas a sua compreensão sobre o significado dos rituais é limitada– Imitam as práticas religiosas dos pais sem entender completamente o seu significado– Fazer coisas erradas provoca sentimento de culpa,– Interpretam geralmente uma doença como um castigo por uma transgressão real ou imaginária

ESTADIO DE DESENVOLVIMENTO

Infância Média:

Idade escolar

(6 a 11/12 anos)

Desenvolvimento

Cognitivo

(Piaget)

Estágio das operações concretas

(raciocínio indutivo e início do raciocínio lógico – 7 aos 11 anos)

- São capazes de usar processos de pensamento para experienciar eventos e ações
- Conseguem ver as coisas pelo ponto de vista dos outros
- São capazes de dominar símbolos e usar as memórias de experiências para avaliar e interpretar o presente
- Desenvolvem a capacidade de classificação, de entender termos e conceitos relacionais

Desenvolvimento

psicossocial

(Erikson)

Aquisição do senso de construtividade

Estágio de responsabilidade

Diligência vs Inferioridade

- Predispostas a desenvolver habilidades e participar em tarefas significativas e socialmente úteis
- Aquisição do senso de competência pessoal e interpessoal
- Interesse em tarefas que possam realizar até ao fim

	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolve a capacidade de cooperar, de competir com os outros - A aprovação dos pares é um motivador - Precisam e desejam obter conquistas reais
Desenvolvimento Da imagem corporal	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolvimento do autoconceito - Tem uma percepção relativamente precisa e positiva de si mesmos em termos físicos - A cabeça é a parte mais importante da auto-imagem
Desenvolvimento social	<ul style="list-style-type: none"> - O agente socializador mais importante é o grupo de amigos - Através do relacionamento com os amigos, as crianças aprendem a lidar com a hostilidade, liderança e autoridade - Relacionamento social e cooperação: <ul style="list-style-type: none"> o As crianças reúnem-se em atividades de grupo com entusiasmo o Formação de grupos formais, turmas ou clubes - Relacionamento familiar: retêm e incorporam os seus próprios sistemas de valores, incluindo os dos pais, se acharem que vale a pena. - Brincar: envolve mais habilidades físicas, competências intelectuais e imaginação <ul style="list-style-type: none"> o Regras e rituais: começam a perceber a necessidade de regras, e os jogos tem regras fixas e imutáveis

Desenvolvimento Moral (Kohlberg)	<ul style="list-style-type: none"> – Desenvolvimento da consciência e de padrões normais – São capazes de julgar um ato pelas intenções que o promoveram e não só pelas consequências – São capazes de entender e aceitar o conceito de tratar os outros como gostariam de ser tratadas
Desenvolvimento psicosexual	Período de latência Tempo de tranquilidade entre a fase edipiana da primeira infância e o erotismo da adolescência
Desenvolvimento espiritual	<ul style="list-style-type: none"> – Pensam em termos concretos, mas gostam de aprender sobre tudo o que os rodeia – Fascinadas em saber mais sobre Deus, e visualizam-no como humano – Fascinadas com conceitos de céu e inferno – Esperam ser punidas pelo mau comportamento – Podem ver as doenças como uma punição – Iniciam a aprendizagem sobre a diferença entre o Natural e o sobrenatural – São capazes de discutir os seus sentimentos sobre a fé e como a fé se relaciona com a sua vida

Bibliografia: HOCKENBERRY, Marilyn J.; WILSON, David (2011) – **Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica.** (8ª Ed.). Rio de Janeiro: Mosby Elsevier. ISBN 978-85-352-3447-3

BRAZELTON, Berry T. (2010) – O grande livro da criança . (12ªEd).Lisboa: Editorial Presença

PAPALIA, Diane E; Olds, Sally; Feldman,Ruth (2009) – **O Mundo da Criança – Da infância à adolescência** (11ªEd): Mc Graw-Hill. ISBN: 9788577260416

APÊNDICE V

MEDOS CARACTERÍSTICOS DO ESTADIO DE DESENVOLVIMENTO

ESTADIO DE DESENVOLVIMENTO	MEDOS
<p>Lactentes (até 1 ano)</p>	<p>Medo de estranhos Medo da separação Perda de apoio (0 – 6meses) Ruídos altos (0 – 6meses) Alturas Objetos que surgem repentinamente e inesperadamente (7-12 meses)</p>
<p><i>Toddler</i> (1 aos 3 anos)</p> <p><i>Pré-escolares</i> (3 aos 6 anos)</p>	<p><i>Toddler:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Medo de estranhos ○ Medo da separação ○ Ruídos altos como aspiradores, sirenes, alarmes, camiões, trovões (2 anos) ○ Mascaras (3anos) ○ Escuro (3 anos) ○ Animais (3 anos) <p>Estão presentes uma grande variedade de medos reais e imaginários:</p> <p>Medo do escuro Medo de ficar sozinho Medo de animais Medo ruídos fortes Medo de Fantasmas, monstros, bruxas Assuntos sexuais (castração) Objetos ou pessoas associadas à dor Medo da aniquilação (temem perder partes do corpo em certos procedimentos) Atribuem qualidades de seres vivos a objetos inanimados (animismo) Medo da própria Morte (5 anos) Medo de pessoas “más” (5anos)</p>

<p>Infância Média:</p> <p><i>Idade escolar</i></p> <p>(6 a 11/12 anos)</p>	<p>Medo do escuro</p> <p>Preocupação excessiva com comportamentos passados, Constrangimento e Isolamento social</p> <p>Necessidade excessiva de confiança</p> <p>Tem menos medo da insegurança, mas ainda continuam com medo de serem raptadas ou necessitarem de uma cirurgia</p> <p>Medo da morte, são fascinadas pelos aspetos da morte e do morrer</p> <p>O medo de barulhos, escuro, tempestades e cães diminuem</p> <p>Medos relacionados com a escola e a família</p> <p>Seres sobrenaturais (7-8 anos)</p> <p>Eventos da média (7-8anos)</p> <p>Testes e exames da escola (9 aos 12 anos)</p> <p>Desempenho escola (9 aos 12 anos)</p> <p>Ferimentos físicos (9 aos 12 anos)</p> <p>Aparência física (9 aos 12 anos)</p>
<p>Infância Tardia:</p> <p><i>Fase pré-adolescência</i></p> <p>(10 aos 13 anos)</p>	<p>Desempenho escola (9 aos 12 anos)</p> <p>Ferimentos físicos (9 aos 12 anos)</p> <p>Aparência física (9 aos 12 anos)</p> <p>Morte (9 aos 12 anos)</p> <p>Escuro (9 aos 12 anos)</p> <p>Trovão (9 aos 12 anos)</p>

Fase adolescência <i>(13 aos 18 anos)</i>	Desempenho social Sexualidade
--	--------------------------------------

APÊNDICE VI

COMUNICAÇÃO COM A CRIANÇA

COMUNICAÇÃO COM A CRIANÇA

Diretrizes:

- Os componentes não verbais do processo de comunicação transmitem as mensagens mais significativas
- As crianças estão alertas ao ambiente
- As crianças Vinculam o significado a cada gesto e movimento que se faz
- As tentativas de tornar-se amigo da criança, antes que esta tenha avaliado a pessoa pouco familiar tende a aumentar a ansiedade
- Dar tempo para que a criança se sinta confortável
- Evitar avanços súbitos ou rápidos
- Falar com os pais inicialmente, se a criança for tímida
- Comunicar a partir dos objectos de transição, antes da criança
- Dar oportunidades às crianças maiores oportunidade de falar sem os pais
- Adotar uma posição que seja ao nível dos olhos da criança
- Falar com voz tranquila e que transmita confiança
- Falar claramente, usar palavras simples
- Ser Honesto
- Permitir que exprima as suas preocupações e medos
- Usar uma variedade de técnicas de comunicação

Bibliografia:

HOCKENBERRY, Marilyn J.; WILSON, David (2011) – **Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. (8ª Ed.). Rio de Janeiro: Mosby Elsevier. ISBN 978-85-352-3447-3

Pag.106-107

COMUNICAÇÃO COM ADOLESCENTES

Diretrizes:
<i>Construir uma Base:</i> Passar algum tempo juntos Encorajar a expressão de ideias e sentimento Respeitar os seus pontos de vista Tolerar diferenças Elogiar pontos positivos Respeitar a sua privacidade
<i>Comunicação efetiva:</i> Dar atenção completa Escutar Ser Calmo Ter a “mente aberta” Não reagir em excesso Evitar julgamentos e críticas

Bibliografia: HOCKENBERRY, Marilyn J.; WILSON, David (2011) – **Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica.** (8ª Ed.). Rio de Janeiro: Mosby Elsevier. ISBN 978-85-352-3447-3

COMUNICAÇÃO - ESTÁDIOS DE DESENVOLVIMENTO

ESTADIO DE DESENVOLVIMENTO	CARACTERÍSTICAS	ESTRATÉGIAS
<p style="text-align: center;">Lactentes (até 1 ano)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Usam e entendem a comunicação não verbal - Comunicam por meio de comportamentos e vocalizações não verbais - Sorriem quando contentes e choram quando insatisfeitos - O choro é provocado por estímulos desagradáveis do interior ou exterior - Sentem conforto com o som de uma voz, mesmo que não entendam o que é dito - Sons agudos e altos e movimentos súbitos são ameaçadores - Até atingirem a idade que experimentam ansiedade com estranhos, responde prontamente a qualquer contato firme, suave e a uma voz calma. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se for necessário manipula-lo, mante-lo firme sem gestos - Segurar o lactente de forma que veja os pais - Ficam mais à vontade em pé que na horizontal - Segurar as mãos e dizer para "vir", especialmente se o lactente estiver com os pais
<p style="text-align: center;">Primeira Infância: <i>Toddler</i> (1 aos 3 anos)</p> <p style="text-align: center;"><i>Pré-escolares</i> (3 aos 6 anos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - São egocêntricas (menos de 5 anos) - As experiências dos outros, não tem interesse para a criança, não sendo útil usar a experiência de outra criança como tentativa de ganhar cooperação da criança - Não tem adquirido habilidades suficientes da linguagem para expressar sentimentos e desejos 	<ul style="list-style-type: none"> - Focalizar a comunicação na criança - Dizer à criança o que pode fazer e como se vai sentir - Permitir que toquem e examinem o

	<ul style="list-style-type: none"> - As crianças que começam a caminhar são capazes de comunicar com as mãos para transmitir ideias, sem palavras - Empurram o objeto indesejado para longe - Puxam outra pessoa para mostrar uma coisa - Cobrem a boca da outra pessoa, quando esta diz alguma coisa que não querem ouvir - Tudo é direto e concreto - Não são capazes de trabalhar com abstrações - Interpretam as palavras literalmente - Não entendem analogias, pois são incapazes de separar realidade de fantasia - Conferem atributos humanos a objetos inanimados - Temem que os objetos possam saltar, morder, cortar ou beliscar por si mesmo 	<p>objetos que serão usados nestas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evitar usar uma frase que pode ser interpretada incorretamente - Manter os equipamentos pouco familiares longe da visão da criança até que sejam necessários.
<p>Infância Média: <i>Idade escolar</i> (6 a 11/12 anos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Confiam menos no que veem e mais no que sabem, quando enfrentam novos problemas - Querem explicações e razões para tudo, mas não exigem verificação - Interessados nos aspetos funcionais de todos os procedimentos, objetos e atividades 	

	<ul style="list-style-type: none"> - Querem saber como um objeto existe, porque é usado, como funciona, a intenção e o objetivo do seu uso - Precisam de saber o que vai acontecer e porque está a ser feito a si especificamente - Tem um elevado conceito sobre integridade corporal - São sensíveis a qualquer coisa que constitua uma ameaça ou sugestão de lesão corporal - Este conceito estende-se aos seus pertences, podem reagir excessivamente à perda e ameaça de perda de objetos 	
<p>Infância Tardia: <i>Fase pré-adolescência</i> (10 aos 13 anos) Fase adolescência (13 aos 18 anos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Na transição de criança para adolescente flutuam entre o pensamento e o comportamento da infância e da vida adulta - Viajam por uma corrente que se move rapidamente em direção à maturidade, que pode estar além da sua capacidade de adaptação - Em situações de tensão, podem buscar a segurança das expectativas mais familiares e confortáveis da infância - Pode-se esperar cooperação, hostilidade, raiva e uma variedade de outros comportamentos e atitudes - Não deve ser visto como um adulto 	<ul style="list-style-type: none"> - Ser genuíno na abordagem - Não impor valores - Entrevistar o adolescente sozinho ou com pais - Se tiverem os pais presentes, falar primeiro com o adolescente - Evidenciar a confidencialidad e

	<p>nem como uma criança</p> <ul style="list-style-type: none">– Aceitam qualquer um que demonstre um interesse genuíno por eles– São rápidos em rejeitar pessoas que tentem impor os seus valores	
--	--	--

Bibliografia: HOCKENBERRY, Marilyn J.; WILSON, David (2011) – **Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica.** (8ª Ed.). Rio de Janeiro: Mosby Elsevier. ISBN 978-85-352-3447-3

Pag.106-109

APÊNDICE VII

OBJETIVOS DE ESTÁGIO: CONSULTA DE PREPARAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS	
		Humanos	Materiais
Desenvolver capacidade de comunicação com a criança e família de acordo com as suas características e etapa do desenvolvimento.	<ul style="list-style-type: none"> – Pesquisa Bibliografia – Interação com crianças de diferentes idades, comunicando com a criança e jovem de acordo forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e a cultura 	Equipa de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> – Base de dados eletrónica – Bibliografia
Identificar as práticas do programa de preparação cirúrgica adequado a criança e família de diferentes idades	<ul style="list-style-type: none"> – Realização de pesquisa bibliográfica sobre programas de preparação cirúrgica – Observação da consulta de preparação pré-operatória – Registo das observações realizadas Participação de consultas de preparação pré-operatória 	Equipa de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> – Base de dados eletrónica – Bibliografia

COMPETÊNCIAS:

- A - Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal
 - Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.
 - Promove a proteção dos direitos humanos.
- B — Domínio da Melhoria da Qualidade
 - Colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.
 - Planeia programas de melhoria contínua (programa de preparação pré-operatória)
 - Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.
 - Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.
- E1 — Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde
 - Diagnostica precocemente situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.
- E2 — Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.
 - Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.
 - Promove a adaptação da criança/jovem e família à deficiência/incapacidade.
- E3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.
 - E3.3 — Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.

APÊNDICE VIII

REGISTO DE OBSERVAÇÃO

REGISTO DE OBSERVAÇÃO – CONSULTA DE PREPARAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

DATA: ___/___/___
DURAÇÃO DA CONSULTA: _____

CONSULTA DE PREPARAÇÃO:
1ª VEZ ___
VALIDAÇÃO ___

DATA DA CIRURGIA: ___/___/___

CIRURGIA: _____

DADOS DA CRIANÇA:

IDADE _____

PRESTADOR DE CUIDADOS QUE O ACOMPANHA: _____

PREPARAÇÃO REALIZADA (CRIANÇA/FAMÍLIA): _____

CARACTERÍSTICAS PESSOAIS	
DIAGNÓSTICO	
PATOLOGIA ASSOCIADA	
CIRURGIAS ANTERIORES	
HISTÓRIA DA DOR	
ESTRATÉGIAS / RECURSOS UTILIZADOS	
REACÇÕES FACE A ACTUAÇÃO DO ENFERMEIRO	
OBSERVAÇÕES	

APÊNDICE IX

OBJETIVOS DE ESTÁGIO: UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

OBJETIVO GERAL:

Desenvolver competências de enfermeiro especialista na prestação de cuidados à criança/adolescente e sua família, no contexto de cuidados intensivos pediátricos

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS
		HUMANOS
Conhecer a dinâmica da unidade de cuidados intensivos pediátricos de saúde no âmbito dos cuidados prestados à criança/jovem e família	<ul style="list-style-type: none">- Visita ao Hospital e à unidade de cuidados Intensivos Pediátricos e Neonatais- Conhecimento da filosofia de cuidados da unidade- Conhecimento do método de trabalho- Conhecimento do circuito da criança/jovem e família- Conhecimento dos serviços de apoio à criança	Equipa de Enfermagem
Prestar cuidados à criança/jovem e sua família em situações de especial complexidade	<ul style="list-style-type: none">- Prestação de cuidados à criança/jovem e família, no sentido da promoção da adaptação- Colaboração nas funções de Gestão da Enfª de referência- Participação nas atividades da Unidade Móvel de apoio Domiciliário	

COMPETÊNCIAS:

- A - Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal
 - Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.
 - Promove a proteção dos direitos humanos.
- B — Domínio da Melhoria da Qualidade
 - Mantém um ambiente terapêutico e seguro.
 - Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.
- E1 — Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde
 - E1.2 - Diagnostica precocemente situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.
- E2 — Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.
 - E2.1 — Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados.
 - E2.3 — Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados.

APÊNDICE X

OBJETIVOS DO ESTÁGIO: UCSP

OBJETIVO GERAL: Desenvolver competências de enfermeiro especialista na prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS	
		Humanos	Materiais
<p>Conhecer a dinâmica do centro de saúde no âmbito dos cuidados prestados à criança/jovem e família</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Visita ao centro de saúde - Conhecimento da filosofia de cuidados do centro de saúde - Conhecimento do circuito da criança/jovem e família - Conhecimento dos vários recursos do centro de saúde referentes à saúde infantil - Conhecimento dos serviços de apoio à criança (terapia da fala, fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia) - Conhecimento das várias atividades do GASMI (Grupo de apoio de saúde mental infantil), NACJR (núcleo de apoio à criança e jovem em risco), CA (cantinho de amamentação), SE (saúde escolar) e SNIPI(sistema nacional de Intervenção precoce na Infância) 	<p>Equipa de Enfermagem</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Programa Nacional de saúde Infantil - Sistema nacional de Intervenção precoce na Infância (documentação existente no microsite) - Programa Nacional para a saúde Mental - Recomendações para a pratica clinica da saúde

			<p>mental e juvenil nos CSP</p> <ul style="list-style-type: none">- Programa Nacional de saúde escolar- Projeto de intervenção em saúde crianças e jovens em Risco- Maus Tratos em Crianças e Jovens - Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção- Maus tratos em crianças e jovens: intervenção de saúde
--	--	--	--

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS	
		Humanos	Materiais
<p>Promover o crescimento e o desenvolvimento infantil.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica - Elaboração de grelhas com os diferentes estádios de desenvolvimento e caracterização segundo o Desenvolvimento Psicossocial, Desenvolvimento Cognitivo e Desenvolvimento social - Elaboração de grelhas com identificação dos medos característicos de cada estágio de desenvolvimento - Participação nas consultas de Enfermagem de saúde Infantil: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar o crescimento e desenvolvimento ▪ Estimular comportamentos promotores de saúde (Nutrição, exercício físico, o brincar, gestão de stress, prevenção de consumos nocivos, adoção de medidas de segurança) ▪ Promover a imunização conforme o Programa Nacional de vacinação ▪ Promover a saúde oral nas consultas ▪ Prevenir acidentes e intoxicações 	<p>Equipa de Enfermagem</p> <p>Enfermeiras Especialista em SIP</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Base de dados eletrónica - Bibliografia - Kit SGS II - Folhetos informativos

	<ul style="list-style-type: none">▪ Valorização dos cuidados antecipatórios▪ Promover a parentalidade▪ Detetar precocemente e encaminhar situações que possam comprometer ou afetar a qualidade de vida da criança/Jovem e família <ul style="list-style-type: none">- Participação nas consultas de Obesidade- Avaliação do desenvolvimento infantil na consulta de saúde infantil através da escala Mary Sherydan- Avaliação do desenvolvimento infantil no âmbito do GASMI e do SNIPI, através da SGS II- Participação nas atividades do GASMI (visitas domiciliarias, reuniões)- Participação nas atividades do SNIPI		
--	---	--	--

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS	
		Humanos	Materiais
Desenvolver capacidade de comunicação com a criança e jovem de acordo com as suas características e etapa de desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> – Pesquisa Bibliografia – Interação com crianças de diferentes idades, comunicando com a criança e jovem de acordo forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e a cultura – Identificação de técnicas de comunicação com a criança e família (idade e etapa de desenvolvimento) – Elaboração de fichas de registo de interações 	Equipa de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> – Base de dados eletrónica – Bibliografia

COMPETÊNCIAS:

- A - Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal
 - Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.
 - Promove a proteção dos direitos humanos.
- B — Domínio da Melhoria da Qualidade
 - Mantém um ambiente terapêutico e seguro.
 - Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.
- E3 — Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem

- E3.1 – Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil
- E 3.3 – Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e a cultura

APÊNDICE XI

**OBJETIVOS DE ESTÁGIO: SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PEDIATRIA E
CIRURGIA DE AMBULATÓRIO**

OBJETIVOS GERAIS:

- Desenvolver competências de enfermeiro especialista na prestação de cuidados à criança/adolescente e sua família, na preparação pré-operatória em contexto de internamento e de Ambulatório;
- Implementar uma consulta de enfermagem de preparação pré-operatória adequada à criança/adolescente/família submetida à cirurgia no serviço de cirurgia do Ambulatório no Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio em Portimão.
- Implementar a preparação pré-operatória adequada durante o internamento prévio à cirurgia programada da criança/família no serviço de internamento de Pediatria do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio – Portimão

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES
Desenvolver um programa de preparação pré-operatória apropriado a criança/adolescente de acordo com as suas características e etapa de desenvolvimento, no	<ul style="list-style-type: none">– Realização de pesquisa bibliográfica, sobre preparação operatória– Determinação dos objetivos do programa de preparação pré-operatória, atividades a desenvolver e dos instrumentos a utilizar:<ul style="list-style-type: none">○ Kit de material lúdico-terapêutico○ Realização de um vídeo, álbum de fotos, folhetos informativos– Elaboração de uma Norma que sistematize a intervenção de enfermagem– Divulgação e discussão do Programa, com a equipa de enfermagem.– Adequação dos registos CIPE/SAPE para a preparação operatória (<i>serviço de internamento de</i>

<p>sentido de promover a adaptação da criança e família à cirurgia, no serviço de internamento de Pediatria e no serviço de cirurgia do Ambulatório</p>	<p><i>Pediatria)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Adequação dos registos, em suporte de papel (<i>Serviço de cirurgia de ambulatório</i>)
<p>Desenvolver um plano de formação sobre o programa de preparação cirúrgica adequado a criança/família de diferentes idades, ajustado ao serviço de internamento e ao serviço de cirurgia do ambulatório</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Identificação de necessidades de Formação – Realização de pesquisa Bibliográfica – Realização de sessões de formação subordinadas a preparação pré-operatória – Discussão e esclarecimento de dúvidas acerca do programa proposto, com a equipa de enfermagem <p>Sensibilização da equipa de Enfermagem para a importância da prestação de cuidados à criança/adolescente e sua família, no pré-operatório, a partir de um programa de preparação operatória</p>

COMPETÊNCIAS:

Competências comuns do Enfermeiro Especialista:

A - Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

A2 — Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

A2.1 — Promove a proteção dos direitos humanos.

B — Domínio da Melhoria da Qualidade

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

B2.2 — Planeia programas de melhoria contínua.

B3 — Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

B3.1 — Promove um ambiente físico, psicossocial

Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem:

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

E1.2 — Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.

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

E2.2 — Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.

E2.5 — Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.

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

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

APÊNDICE XII

PLANO DA SESSÃO

Tema: Cuidar da criança e família no pré-operatório: um contributo do enfermeiro – projeto de Estágio

Sessão nº1

Destinatários: Enfermeiros da Unidade de Cirurgia de Ambulatório do Centro Hospitalar do [REDACTED]

Formador: Susana Isabel de Jesus Costa

**N.º
mec.**

82672

Local: Unidade de Cirurgia de Ambulatório

Data: 2/01/2013

Hora: 14:30

Duração prevista: 35min

Objetivos Geral

- Sensibilizar a equipa de Enfermagem para a importância da preparação pré-operatória da criança e família.

Objetivos Específicos

- Discutir com os colegas a importância da implementação da preparação pré-operatória da criança e família;
- Apresentar o Projeto de Preparação pré-operatória a implementar na consulta;
- Discutir os folhetos a utilizar no âmbito da consulta de preparação pré-operatória dirigida à criança e família na instituição;
- Apresentação do Kit a utilizar na preparação pré-operatória;
- Esclarecer possíveis dúvidas acerca do programa proposto

Etapas	Conteúdos	Método	Recursos	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> – Identificação e contextualização do Problema – Objetivos do Projeto – Cronograma 	Expositiva	Computador, videoprojector com apresentação powerpoint	5'
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> – Fundamentação – Preparação pré-operatória da criança e Família – Programa de preparação pré-operatória dirigida à criança e Família – Guia Orientador de Boas Práticas em Enfermagem de Saúde Infantil série I nº3 volume2 da Ordem dos Enfermeiros, capítulo Diminuir o Medo da Cirurgia – Consulta de Preparação pré-operatória dirigida à criança e Família na Instituição – Kit de preparação Pré-operatória – Folhetos Informativos – Registos de Enfermagem – Articulação entre o serviço de Cirurgia do ambulatório e o serviço de Pediatria 	Expositiva e ativo (discussão em grupo)	Computador, videoprojector com apresentação powerpoint Folhetos Kit de preparação pré-operatória Bibliografia Guia Orientador de Boas Práticas em Enfermagem de Saúde Infantil série I nº3 volume2 da Ordem dos Enfermeiros	25'

Conclusão	- Dúvidas	Ativo		5'
------------------	-----------	-------	--	----

APÊNDICE XIII

GRELHA: ESTADIO DE DESENVOLVIMENTO/ALVO DE PREPARAÇÃO/TEMPO
DE DURAÇÃO/TEMPO ENTRE A PREPARAÇÃO E A CIRURGIA

Estadio de Desenvolvimento	Alvo da preparação	Tempo de duração da preparação dirigida à criança	Tempo recomendado entre a preparação e a cirurgia
Toddler (1 aos 3 anos)	Família	-----	----- --
Pré-escolar (3 aos 6 anos)	Dirigida à Família até à criança de 4- 5 anos Consoante desenvolvimento da criança, estilo de confronto e temperamento da criança	10/15 min	< 5 anos – 1 a 2 dias antes 5/6 anos – 1 semana
Escolar	Criança e Família	20 min	5 a 10 dias / 1 semana
Pré adolescência	Criança e Família	Envolve-lo no planeamento da sessão	11-12 anos – 5 a 10dias/1semana
Adolescência	Criança e Família	Envolve-lo no planeamento da sessão	Deve ser preparado assim que for decidido a cirurgia

BIBLIOGRAFIA:

HOCKENBERRY, Marilyn, WILSON, David (2011) - **Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. (8ª Ed.). Rio de Janeiro: Mosby Elsevier.

MORO, Eduardo; MÓDOLO, Norma, (2004) – Ansiedade, a criança e os pais, **Revista Brasileira Anesthesiol**, Vol.5, nº 54, p. 728-738

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011c) – **Guias Orientadores de boa pratica em enfermagem de saúde infantil e pediátrica**, cadernos da Ordem dos enfermeiros, série I, Nº 3, Volume 2

APÊNDICE XIV

ESTRATÉGIAS DE LUTA CONTRA O MEDO ADEQUADA À ETAPA DE
DESENVOLVIMENTO

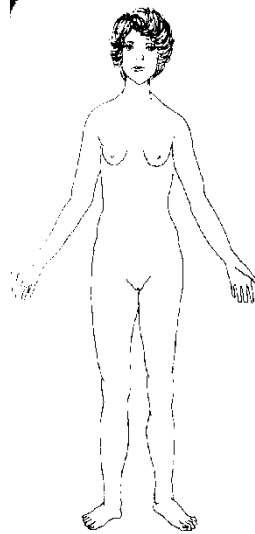
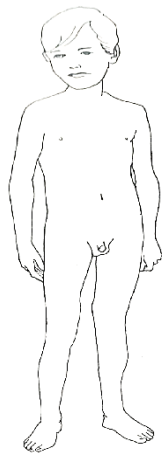
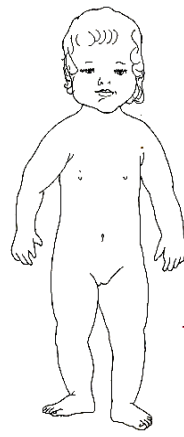
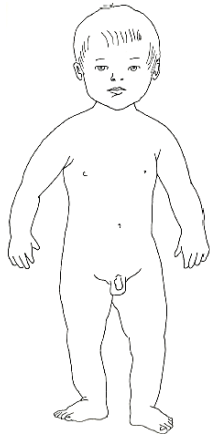
Estadio de desenvolvimento/idade	Características - Estratégias	Estratégias Específicas
<p><i>Pré-escolares</i> (3 aos 6 anos)</p> <p>2 a 7 anos – pré operacional</p> <p>4 aos 7 anos – Pensamento intuitivo</p> <p><i>Iniciativa vs culpa</i></p> <p><i>Aquisição do Senso de iniciativa</i></p>	<p><i>Egocentrismo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicar os procedimentos que será submetido utilizando termos simples e neutros (Anexo V) - Explicar como os procedimentos o podem afetar, o que podem sentir, cheirar, ouvir, saborear - Demonstrar o uso do material hospitalar e permitir que a criança brinque com este ou com brinquedos que representem material hospitalar (kit de material lúdico-pedagógico) <hr/> <p><i>Habilidades de Linguagem elevadas</i></p> <p>Incentivar a criança a verbalizar as suas ideias e sentimentos</p> <hr/> <p><i>Limitação do conceito de tempo e tolerância à frustração</i></p> <p>Sessão de preparação de 10 a 15 min</p> <hr/> <p><i>Doença e Hospitalização como punição</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Esclarecer que a cirurgia não é uma forma de punição - Perguntar á criança porque vai ser operada - Esclarecer o porque da cirurgia <hr/> <p><i>Medo de danos corporais, Invasão e castração</i></p> <p>Identificar o local do procedimento através do desenho da silhueta corporal reforçando que mais nenhuma parte do corpo será envolvida</p> <p>Incentivar a presença dos pais</p>	<p>- Brincadeira lúdica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • História: “ A Anita no Hospital” • Visualização do powerpoint sobre o circuito peri-operatório • Utilizar o desenho da silhueta corporal para identificar o local do corpo onde vai ser intervencionado <p>- Técnicas de distração: Histórias</p> <p>- Ensinar estratégias de conforto: autoinstrução, pensamento positivo, associadas a técnicas de relaxamento</p>

	Explicar as situações desconhecidas, tais como o frio e a luz forte no bloco operatório	
Infância Média: <i>Idade escolar</i> (6 a 11/12 anos) <i>Raciocínio indutivo e início do raciocínio lógico – 7 aos 11 anos</i> <i>Diligência vs Inferioridade</i> <i>Aquisição do Senso de construtividade</i>	<i>Habilidade de linguagem elevada; vontade em adquirir novos conhecimentos</i> Utilizar termos científicos corretos Explicar o porque da cirurgia e todos os procedimentos Incentivar que a criança manipule o material hospitalar incluído no kit de material lúdico-pedagógico Explicar o funcionamento do material e equipamento utilizado <i>Conceito de tempo melhorado</i> Sessões de 20 minutos <i>Mais autocontrole</i> Explicar á criança o que é esperado Ensinar estratégias de controlo como respiração profunda, e técnicas de relaxamento	Estimular a realização de atividades que a criança goste de fazer - Brincadeira lúdica: <ul style="list-style-type: none"> • Puzzle corpo humano e sistemas do corpo humano - Ensinar técnicas de relaxamento: respiração lenta ou profunda, respiração diafragmática - Ensinar técnicas de distração: histórias, musica preferida, jogos - Ensinar estratégias de conforto: autoinstrução, pensamento positivo, associadas a técnicas de relaxamento
Infância Tardia: <i>Fase pré-adolescência</i> (10 aos 13 anos)	<i>Aumento do pensamento e raciocínio abstrato</i> Explicar os motivos da cirurgia e de todos os procedimentos Explicar as consequências da cirurgia a longo prazo Incentivar perguntas sobre medos (morte,	Tratar o adolescente como um ser separado dos pais - Ensinar técnicas de relaxamento: respiração lenta ou profunda,

<p>Fase adolescência (13 aos 18 anos) Raciocínio dedutivo e abstrato – dos 11 aos 15anos Identidade vs confusão Senso de identidade</p>	<p>incapacidade), alternativas e opções</p> <hr/> <p><i>Consciência da auto-imagem</i> Promover privacidade Discutir como a cirurgia pode afetar a aparência e o que poderá ser feito para minimizar o efeito</p> <hr/> <p><i>Luta pela independência</i> Envolver na decisão e planeamento da cirurgia Ensinar técnicas de controlo</p> <hr/> <p><i>Desenvolvimento da relação com os amigos e identidade de grupo</i> <i>Sugerir a conversa com adolescentes que tenham tido experiências idênticas</i></p>	<p>respiração diafragmática, ciclo respiratório.</p> <p>- Ensinar técnicas de distração: livros, musica preferida, jogos</p> <p>- Ensinar estratégias de conforto: autoinstrução, pensamento positivo</p>
---	---	---

APÊNDICE XV

SILHUETAS



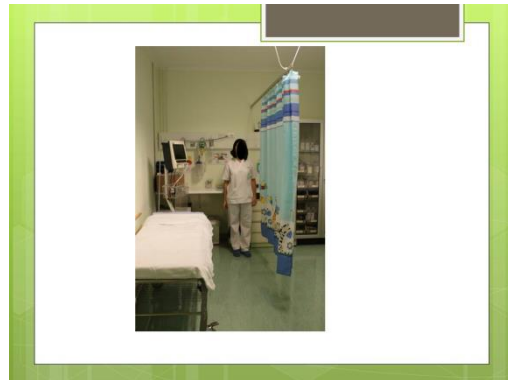
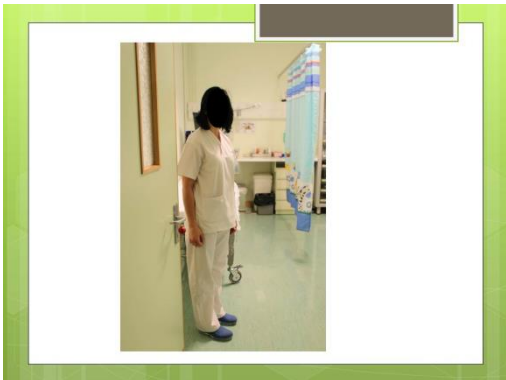
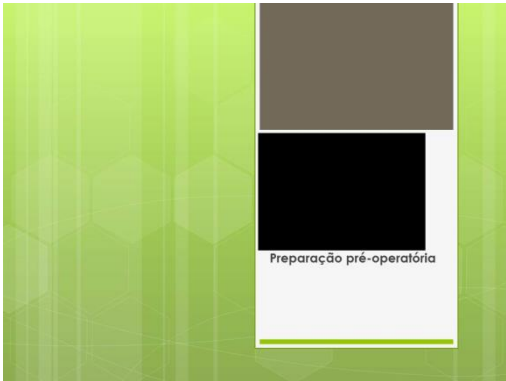
APÊNDICE XVI

KIT DE MATERIAL LÚDICO TERAPÊUTICO

Material Hospitalar:	Livros:	Material lúdico:	Brinquedos e jogos:
<ul style="list-style-type: none"> - Mascara - Touca - Luvas - Compressas - Ligaduras - Cateter venoso - Torneira - Garrote - Sistema de soro - Penso cirúrgico - Penso EMLA - Frasco de soro - Seringas - Eletrodos <p><i>(Escolares e Jovens)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - O Diogo é operado (2 aos 4 anos) - O Diogo vai ao Hospital (2 aos 4 anos) - O Nuno vai ao hospital (2aos 4 anos) - A Anita no Hospital (3 aos 6 anos) - A Camila está doente (3 aos 6 anos) - A visita do Bolinha ao Hospital (3 aos 6 anos) - O Hospital dos pequeninos (3 aos 6anos) 	<ul style="list-style-type: none"> - Folhas brancas - Lápis para colorir - Desenhos alusivos à cirurgia para colorir 	<ul style="list-style-type: none"> - Brinquedos - Playmobil® (sala de operações e quarto de Hospital) – <i>pré-escolar/escolar</i> - Puzzle do corpo humano - <i>escolar</i> - Jogo sistemas do corpo Humano (9 aos 12 anos) - Material hospitalar de brincar (estetoscópio, seringa, termómetro) <i>pré-escolar/escolar</i>

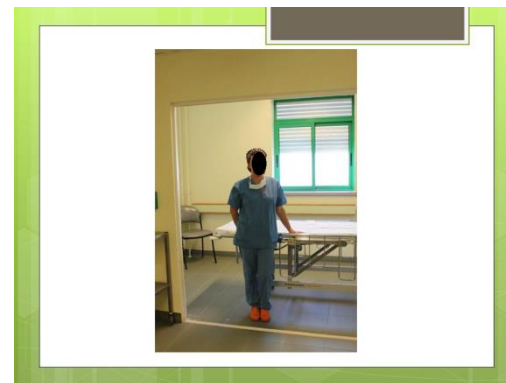
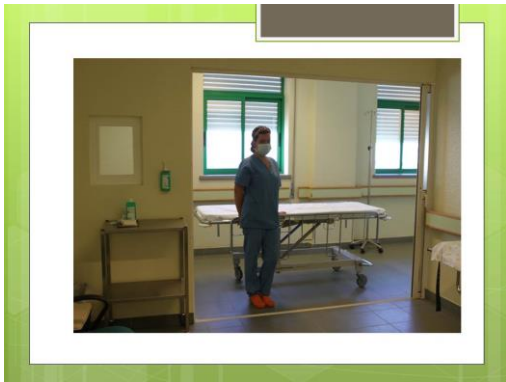
APÊNDICE XVII

APRESENTAÇÃO DE FOTOGRAFIAS

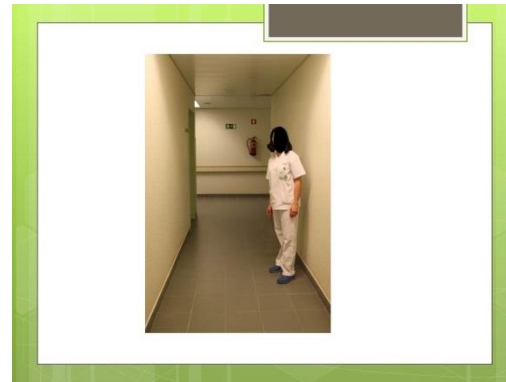




Fardamento

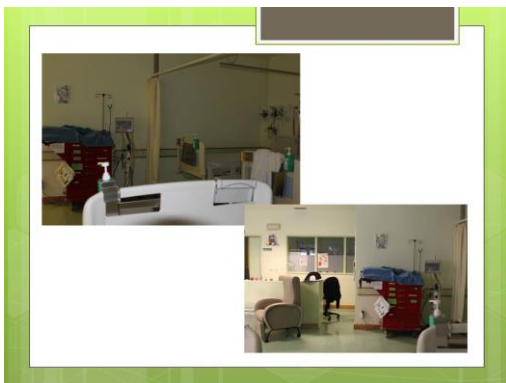


Corredor





A Sala onde vais acordar

Two photographs of a hospital room. The left photo shows a room with a bed, a chair, and a window. The right photo shows a room with a bed, a chair, and a window.

E no fim do Dia vais para a tua casa

A photograph of a hospital door.

APÊNDICE XVIII

FOLHETO: " O MEU FILHO VAI SER OPERADO.... EM REGIME DE CIRURGIA DO
AMBULATÓRIO"

Onde a criança acorda e como se pode sentir

- O seu filho vai acordar numa sala, a Unidade de cuidados pós-anestésico (U.C.P.A.), onde permanece até ter alta. A pessoa significativa para criança pode estar junto à criança para que esta se sinta mais segura e tranquila e o **ajudar no seu acordar**.
- O seu filho poderá acordar irritada, agitada e chorosa tente acalmá-lo através do seu toque e da voz calma.
- Se o seu filho tiver sede ou fome, não lhe de agua até a enfermeira dar indicação

Como pode ajudar a prevenir a dor do seu filho?

- Os pais/pessoa significativa são o suporte emocional da criança/jovem, fique com o seu filho, distraia-o e console-o
- Brinque com o seu filho
- Avise a enfermeira que cuida do seu filho se verificar que existe uma alteração de comportamento, como medo, choro entre outro
- Avise a Enfermeira que cuida do seu filho sempre que ache que o seu filho tem dor, para que esta seja avaliada e administrado um analgésico adequado, para o alívio da dor

Quando tiver alta

- Terá alta no próprio dia da cirurgia se não surgir nenhuma complicação
- Quando tiver alta, será dada toda a informação sobre os cuidados a ter no domicílio a ter de acordo com a cirurgia a que o seu filho foi submetido
- Qualquer dúvida contacte a Unidade de cirurgia do ambulatório das 8-18h através do contacto referidos em baixo ou dirija-se ao serviço de urgência Pediátrica em caso de agravamento dos sintomas
- Serão prescritos analgésicos para tomar em casa, cumpra os horários, para prevenir que a dor se instale

Contactos telefónicos:

Telefone:282450300

Cirurgia do Ambulatório (8-18h) Extensão:1336

Nome da Instituição

O meu filho vai ser operado....

Em regime de Cirurgia do Ambulatório



O que é a cirurgia do Ambulatório?

O seu filho/a será operado na Unidade de Cirurgia do Ambulatório (U.C.A.) que se situa no 1º piso, em frente ao elevador central e que tem como objetivo realizar atos cirúrgicos programados e realizados nas condições técnicas e de segurança ideais, num bloco operatório, sob uma anestesia, e seguido de uma vigilância pós-operatória, permitindo regressar a casa no mesmo dia.

O que é a anestesia?

É um conjunto de medicamentos que permitem que o seu filho durma, não sinta nem se recorde de nada. É administrado por via endovenosa (pela veia) através de um cateter.

O menino/a _____, vai ser operado na Unidade de Cirurgia de Ambulatório (U.C.A) a ___/___/___, deve comparecer às ___:___ no serviço acompanhado por um adulto (mãe/ou pai ou outra pessoa significativa),

Contate a Unidade de cirurgia de Ambulatório se a criança/jovem apresentar febre.

Se não poder comparecer, avise com três dias de antecedência.

Se acontecer algum imprevisto contacte a Unidade de Cirurgia de Ambulatório com a maior brevidade possível

Cuidados na véspera

- A criança/jovem deve tomar banho e cortar as unhas
- Retirar adornos (pulseiras, fios, anéis, brincos, piercings), verniz, lentes de contacto
- Tirar os pelos na zona da intervenção cirúrgica, no caso dos jovens

No dia da cirurgia

O seu filho deverá estar em Jejum (não comer e beber, nem água) a partir das ___:___

Deverá colocar no seu filho, o EMLA® (anestésico local) às ___:___ no _____(local)

Cuidados com a aplicação do EMLA® (penso anestésico)

- Terá que estar uma hora com o penso no local indicado, para este fazer efeito
- Se o penso se descolar ou o creme escorrer fora do adesivo limpe e reforce o adesivo
- Se o penso for retirado, limpe o local com água e sabão
- Se o seu filho levar o EMLA aos olhos ou à boca lave com abundancia
- É natural que o seu filho sinta no local da aplicação do penso, frio, comichão

Quando for para o hospital

- o Deverá trazer exames: Rx, ECG, TAC, Análises, outro que tenha em seu poder
- o Dirija-se ao secretariado da cirurgia do ambulatório, entregue este folheto e aguarde na sala de espera até que o enfermeiro os receba.
- o Durante o período em que a criança está no bloco os pais podem aguardar na sala de espera do serviço.
- o Poderá efetuar as suas refeições gratuitamente (almoço) no refeitório do hospital, mediante a entrega de uma senha.

Horário: almoço 12:30-14:30

APÊNDICE XIX

FOLHETO: “O MEU FILHO VAI SER OPERADO....COMO POSSO AJUDÁ-LO A
SUPERAR O MEDO DA CIRURGIA?”

Palavras/ expressões a evitar:	Sugestão
Injeção, picar, picada de abelha, agulha	Colocar um medicamento por baixo da pele
Cortar ou tirar	Consertar, arranjar
Incisão	Abertura especial
Anestesia	Sono especial
Cateter	Tubo
Ferida	Dói-dói
Órgão	Lugar especial no corpo, uma parte do corpo ou um lugar no corpo
Exame	Ver como o coração está a funcionar (exemplo)
Eléttodos	Autocolantes
Corte	Abertura especial, risquinho na pele
Maca	Cama com rodas
Fezes	Palavra que é usada pela criança
Dor	Palavra usada pela criança
Edema	Inchaço, alto
Sonolento	Dormente com sono
Medir a temperatura	Ver se está quente, ver se tens febre
Medir (tensão)	Pode apertar um bocadinho, é uma braçadeira como a da praia
Teste ou análise	Vamos ver como está o teu sangue... urina...
Monitor (da tensão)	Ecrã de televisão

Adaptado: ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011c) - **Guias Orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica**, cadernos da Ordem dos enfermeiros, série I, Nº 3, Volume 2 – pag .69

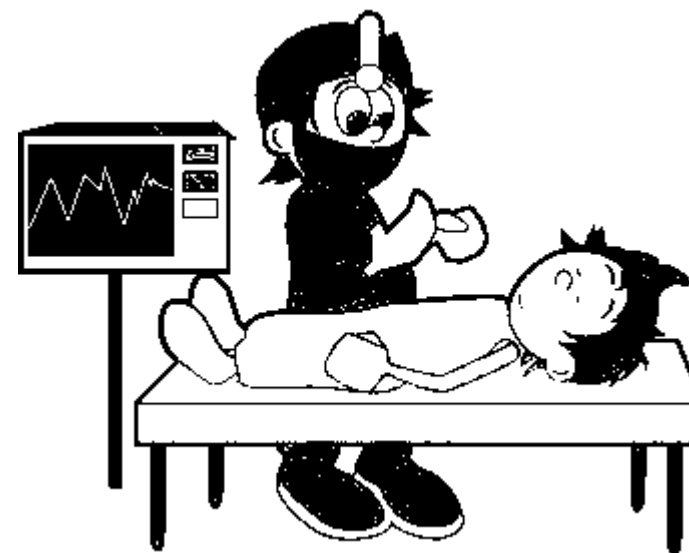
Bibliografia:

- HOCKENBERRY, Marilyn, WILSON, David (2011) - Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. (8ª Ed.). Rio de Janeiro: Mosby Elsevier.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011c) - **Guias Orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica**, cadernos da Ordem dos enfermeiros, série I, Nº 3, Volume 2
- ORDEM DOS ENFERMEIROS, ORNELAS, Ivone, MONTEIRO, Arminda (Junho, 2010) – Maneiras de reduzir o medo e a dor das crianças durante os procedimentos., Dia Mundial da criança, mesa do colégio de especialidade em enfermagem

Atualizado: Janeiro/2013

O meu filho vai ser operado....

Como posso ajudá-lo a superar o medo da cirurgia?



Os pais são parceiros da equipa de saúde para cuidar melhor da criança, pois conhecem os seus filhos como ninguém. Ajude-o a superar o medo da cirurgia

Garanta-lhe que vai estar com ele e que vai poder levar para o hospital alguns objetos de que gosta mais (para o pós-operatório)

Aspetos Gerais:

- **Oiça o que o seu filho tem para dizer**
- Seja verdadeiro
- Deixe que ele exprima os seus medos, vai ajudá-lo a controlá-los
- Respeite os seus medos, mas não lhe demonstre preocupação
- Explique ao seu filho que ter medo é normal e ajude-o a compreender as suas razões
- Elogie o seu filho por ser capaz de falar e dominar o seu medo
- Brinque com seu filho na fase pré-operatória para o distrair
- Ensine-lhe a respirar fundo, treinando em casa

Informação a dar ao seu filho sobre a cirurgia, de acordo com a sua idade:

Dos 3 aos 6 anos:

- Dê explicações simples, frases curtas, palavras neutras (anestesia=cheirinho que faz sono, sala de recobro=sala onde se acorda – ver sugestões no verso do folheto)
- De preferência converse 3 dias antes da cirurgia, (com **5 anos a conversa poderá ser 4 a 5 dias antes da cirurgia**)
- Brinque com a criança aos enfermeiros, aos médicos e ao hospital
- Assegure-lhe que a cirurgia é uma forma de resolver um problema e não é um castigo por alguma coisa que ele tenha feito
- Fale da sequência e da duração dos eventos que vai viver, usando referências temporais que ele conhece, exemplo: vais estar na sala do soninho o mesmo tempo da música do panda
- Medos mais frequentes nesta idade: Medo do escuro, de **ficar sozinho**, ruídos fortes, medo da **aniquilação** (perder partes do corpo em certos

procedimentos), **objetos ou pessoas associadas à dor**, assuntos sexuais (**castração**), animais, fantasmas, monstros, bruxas, da **própria morte** (aos 5 anos)

Dos 7 aos 11anos:

- Converse com o seu filho uma semana antes
- Incentive que este faça perguntas e que fale das suas preocupações
- Explique como vai ver o seu corpo depois da cirurgia
- Faça teatros com o seu filho sobre a cirurgia
- Leve para o hospital o que o distraí, para o pós-operatório (conforme a indicação do profissional de saúde)
- Medos mais frequentes nesta idade: escuro, de serem raptadas, **de necessitarem de uma cirurgia, da morte**, Seres sobrenaturais (7-8 anos), **Aparência física** (9 aos 12 anos), Desempenho escolar (9 aos 12 anos), **Ferimentos físicos** (9 aos 12 anos), medo de acordar durante a cirurgia e o medo de não acordar

Mais de 12 anos:

- Explique-lhe o que vai acontecer
- Incentive a colocar dúvidas e participar em decisões
- Respeite a sua privacidade
- Aconselhe-o a esclarecer dúvidas com profissionais de saúde e não na internet
- Aconselhe-o a levar para o hospital o que o distraí, para o pós-operatório (livros, revistas conforme a indicação do profissional de saúde)
- Lembre-se que os medos mais frequentes nesta idade estão relacionados com: Perda do controlo, Desempenho social, Sexualidade

APÊNDICE XX

REGISTOS DE ENFERMAGEM NA CONSULTA DE PREPARAÇÃO

**Consulta de Enfermagem de preparação pré-operatória
Criança e Família**

Data da consulta ___ / ___ / ___	
Identificação da criança:	
Nome: _____	Data de Nascimento: ___ / ___ / ___
Nome preferido: _____	Pessoa significativa: _____
Nº de processo _____	

Diagnóstico:	
Cirurgia proposta: _____	Data da Cirurgia: ___ / ___ / ___
Tipo de Anestesia: Geral <input type="checkbox"/> Outra: _____	
Sinais vitais:	
FR ___ FC ___ Temp. _____	
T.A. ___ / ___	
Local de avaliação da temp. _____	
Características da respiração: _____	

História de Dor
Como comunica a dor? _____
Medidas para aliviar/eliminar a dor:
Farmacológicas <input type="checkbox"/> Que fármaco? _____
Não farmacológicas <input type="checkbox"/> Qual? _____

Medos: Quais _____
Estratégia que usa para lidar com o medo: _____

Estilo de confronto: Repressivo <input type="checkbox"/> Sensitivo <input type="checkbox"/> Neutro <input type="checkbox"/>
Especifique: _____

Hábitos culturais e religiosos: _____
Composição da família: _____

Experiências anteriores Cirurgia <input type="checkbox"/> Episódio de urgência <input type="checkbox"/> Internamento <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>
Especifique: _____

Conhecimentos da criança sobre a cirurgia:							
Tipo de anestesia	sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>	Tipo de cirurgia	sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>		
Circuito operatório	sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>	Material hospitalar	sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>		
Cuidados pré-operatórios	sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>	Cuidados pós-operatórios	sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>		
Escala de dor sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Qual: _____							
Técnicas de relaxamento		sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>	Técnicas de distração		sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>

Conhecimento da família/pessoa significativa sobre a cirurgia:							
Tipo de anestesia	sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>	Tipo de cirurgia	sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>		
Circuito operatório	sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>	Material hospitalar	sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>		
Cuidados pré-operatórios	sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>	Cuidados pós-operatórios	sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>		
Escala de dor sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Qual: _____							
Técnicas de relaxamento		sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>	Técnicas de distração		sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>

Atividades de Vida	
Higiene pessoal: Cuidada sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Descuidada sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>	
Hábitos: _____	

<u>Controlar temperatura do corpo</u> - Estratégias de arrefecimento			
<u>Comer e beber</u>	Tipo de alimentação	Alimentos preferidos	Alimentos que não gosta
<u>Eliminar</u> Urina: Frequência _____ Características _____ Fezes: Frequência _____ Características _____			
<u>Mover-se</u> : precisa de ajuda para mover-se sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Qual: _____			
<u>Divertir-se</u> : Hábitos lúdicos – Quais? _____ Brinquedo/Brincadeira preferida _____			
Comunicar: Expressa-se claramente? sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Como comunica? _____			
<u>Dormir</u> : Quantas horas de sono dorme por dia? _____ Quais os hábitos de sono? _____			
<i>Observações:</i> 			
Preparação dirigida: à criança <input type="checkbox"/> aos pais <input type="checkbox"/>			
Compreensão da criança sobre o estado de saúde e a cirurgia:			
Diagnósticos de Enfermagem			
Conhecimento			
Medo			
Stress do prestador de cuidados			
Ansiedade			
Outro			
Intervenção de Enfermagem			
Ensinar sobre estratégias de confronto:			
Auto-instrução <input type="checkbox"/> Pensamento positivo <input type="checkbox"/>			
Ensinar técnicas de relaxamento:			
Respiração lenta ou profunda <input type="checkbox"/> Respiração diafragmática <input type="checkbox"/>			
Ciclo respiratório <input type="checkbox"/> Contração e descontração progressiva dos membros <input type="checkbox"/>			
Executar Brincadeira lúdica <input type="checkbox"/> Executar Técnicas de Distração <input type="checkbox"/>			
Informar o prestador de cuidados através do folheto “como ajudar o meu filho a superar o medo”			
Informar o prestador de cuidados/criança através do folheto “o meu filho vai ser operado-Guia de acolhimento” <input type="checkbox"/>			
Informar a criança/jovem e prestador se cuidados sobre a Intervenção cirúrgica <input type="checkbox"/>			
Treinar escala de dor <input type="checkbox"/>			
Avaliar ensino:			
Adquirido <input type="checkbox"/>			
Necessita de reforço <input type="checkbox"/>			
Material Utilizado:			
Livro <input type="checkbox"/> Puzzle corpo humano <input type="checkbox"/> Fotos/vídeo <input type="checkbox"/>			
Desenho da silhueta corporal <input type="checkbox"/> Material hospitalar <input type="checkbox"/>			
Material hospitalar em brinquedo <input type="checkbox"/> Apresentação em PowerPoint do circuito <input type="checkbox"/>			
Outro:			

Reações da criança/pessoa significativa
Ansiedade <input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/>
Outro
Dificuldades da criança/pessoa significativa

Enfermeiro _____ N° Mecanográfico _____

APÊNDICE XXI

NORMA DE PROCEDIMENTO: CONSULTA DE ENFERMAGEM DE PREPARAÇÃO PRÉ-
OPERATÓRIA DA CRIANÇA/JOVEM E FAMÍLIA

	NORMA DE PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM	N.º DATA:	FOLHA 1/7
ASSUNTO: CONSULTA DE ENFERMAGEM DE PREPARAÇÃO PRÉ- OPERATÓRIA DA CRIANÇA E FAMÍLIA		ELABORADA POR: Susana Costa Em: Fevereiro de 2013	
DIVULGAÇÃO: Manual de Normas		APROVADA POR:	
ENTRADA EM VIGOR: Imediata		Em:	
SUBSTITUI: Sem Antecedentes		A REVER EM: Fevereiro de 2017	
PALAVRAS-CHAVE: Pré-operatório; Cirurgia; Preparação, Criança; Jovem			

I-DEFINIÇÃO

É um conjunto de cuidados de Enfermagem adequados e seguros prestados de modo sistematizado e contínuo à criança/família em regime de ambulatório (no âmbito da consulta de preparação pré-operatória), com o objetivo de preparar a criança/Jovem e sua família para a intervenção cirúrgica programada.

II – OBJETIVOS

- Reduzir o medo e a ansiedade face à intervenção cirúrgica;
- Prevenir o risco de perturbações do comportamento no pós-operatório e após a alta;
- Orientar os pais no desempenho da sua função parental.

III – INFORMAÇÕES GERAIS

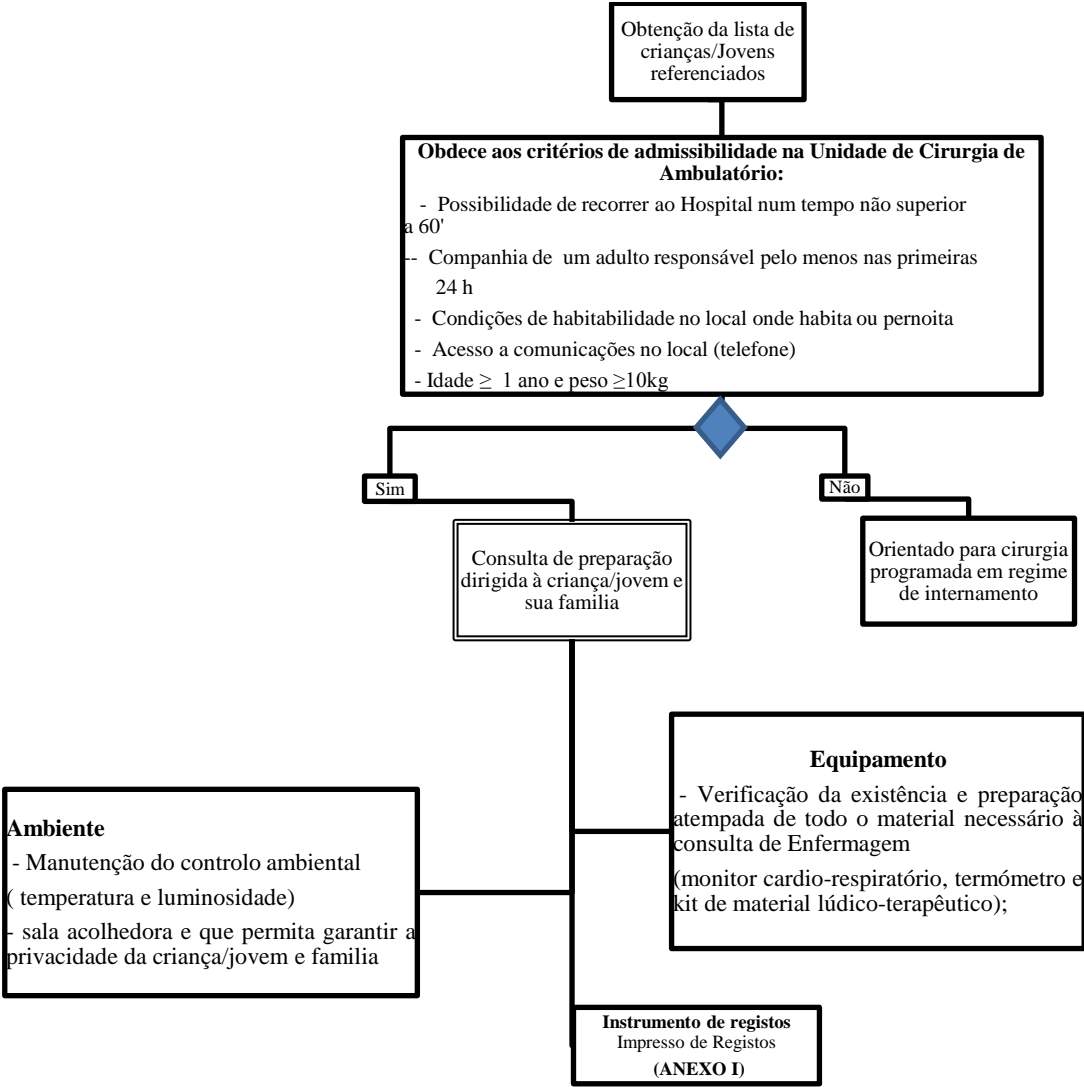
A – QUEM EXECUTA

- O/A Enfermeiro/a perito em desenvolvimento infantil

B – HORÁRIO

- De acordo com o horário de funcionamento da consulta

IV – ORIENTAÇÕES QUANTO À EXECUÇÃO



IV – ORIENTAÇÕES QUANTO À EXECUÇÃO

Estadio de Desenvolvimento	Alvo da preparação	Tempo de duração da preparação dirigida à criança	Tempo recomendado entre a preparação e a cirurgia
Toddler (1 aos 3 anos)	Família	-----	-----
Pré-escolar (3 aos 6 anos)	Dirigida à Família até à criança de 4- 5 anos Consoante desenvolvimento da criança, estilo de confronto e temperamento da criança	10/15 min	3 a 5 anos – 1 a 2 dias antes 5/6 anos – 1 semana
Escolar	Criança e Família	20 min	5 a 10 dias / 1 semana
Pré adolescência	Criança e Família	Envolve-lo no planeamento da sessão	11-12 anos – 5 a 10 dias/1 semana
Adolescência	Criança e Família	Envolve-lo no planeamento da sessão	Deve ser preparado assim que for decidido a cirurgia

Nota: Não existe consenso quanto aos dados anteriormente referidos, o quadro anterior apresenta uma recomendação segundo a Bibliografia consultada.

IV – PROCEDIMENTOS

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO
Promover ambiente calmo e agradável no acolhimento à criança/família;	- Diminui o medo da criança e a ansiedade da família;
Apresentar-se à criança/ família pelo nome	- Transmite confiança e segurança;
Informar os objetivos da consulta	- Facilita a sua integração e o seu envolvimento;
Negociar com os pais/prestador de cuidados a sua participação (função parental)	- Permite o suporte familiar
Executar a entrevista: - Realizando a colheita de dados: <ul style="list-style-type: none"> o História de Dor o Medos da criança/ Que estratégias utiliza para lidar com o medo (ANEXO II) o Estilo de confronto da criança o Hábitos culturais e religiosos o Composição da família o Experiências Anteriores (cirurgias anteriores, episódios de urgência, internamentos, procedimentos 	- Identifica de forma sistemática os problemas/necessidades da criança/família, relativamente: <ul style="list-style-type: none"> - a forma de comunicar a dor da criança, e as medidas que utiliza para aliviar/eliminar a dor. (medidas farmacológicas e não farmacológicas) - as características da criança - temperamento da criança - a escolha do método a utilizar na preparação - riscos de potenciais complicações. - Permite fornecer a informação apropriada à

CONSULTA DE ENFERMAGEM DE PREPARAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA DA CRIANÇA/JOVEM E FAMILIA	N.º DATA:	FOLHA 4/7
--	------------------	--------------

IV – PROCEDIMENTOS (Cont)

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO
<p>Dolorosos)</p> <ul style="list-style-type: none"> o Atividades de vida o Sinais vitais (TA; FR; FC; SAT O2 e Temperatura Corporal) <p>- Avaliando:</p> <ul style="list-style-type: none"> o a Compreensão da criança sobre o seu estado de saúde e a cirurgia o os Conhecimentos da criança/jovem sobre a cirurgia o os Conhecimentos da família/prestador de cuidados sobre a cirurgia 	<p>Criança/Jovem e sua família</p>
<p>Incentivar a criança/jovem e sua família a verbalizar dúvidas e medos</p>	<p>Apoia a criança/jovem e família</p>
<p>Conhecer, valorizando os medos característicos de cada idade (ANEXO II)</p>	<p>Proporciona tranquilidade à criança/jovem e família</p>
<p>Planear os Diagnósticos de Enfermagem e Executar as Intervenções de Enfermagem, segundo a metodologia adequada à criança/jovem e sua família</p>	<p>Assegura os cuidados de enfermagem individualizados e seguros</p>
<p>Utilizar estratégias gerais e específicas de luta contra o medo e o kit de material lúdico-terapêutico para preparar o sobre processo peri-operatório (ANEXO III)</p>	<p>Idem</p>
<p>Preparar o processo peri-operatório:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Informação sobre : <ul style="list-style-type: none"> – o circuito peri-operatório – o material hospitalar que poderá encontrar no serviço de cirurgia do Ambulatório – Fardamento dos profissionais de saúde do serviço – o local onde vai acordar (Unidade de 	<p>Promove a aproximação antecipatória à situação real, quanto:</p> <ul style="list-style-type: none"> – a adaptação ao ambiente hospitalar; – diminuição das fantasias; – eliminação de falsos conceitos e dúvidas; – a compreensão da criança/jovem e sua família ao significado da anestesia; – a adaptação à imagem corporal no pós-operatório;

IV – PROCEDIMENTOS (Cont)

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> – cuidados pós anestésicos) – os papéis desempenhados pelo enfermeiro, anestesista e cirurgião – O tipo de indução anestésica – A zona do corpo onde vai ser intervencionado e como vai estar quando acordar, usando as silhuetas (ANEXO IV) – Possíveis sensações/reações no pós-operatório – Necessidade do jejum pré-operatório – Adornos e verniz a retirar – Higiene antes da cirurgia o Incentivar para: <ul style="list-style-type: none"> – A presença do objeto significativo – A aplicação do penso anestésico EMLA® 	<ul style="list-style-type: none"> – ao suporte familiar à criança, tranquilizando a família; – aos cuidados centrados na família; – a segurança anestésica da criança/jovem; – a prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde.
Entregar o Folheto: <i>O meu filho vai ser operado... Em regime de cirurgia de ambulatório</i> (ANEXO V)	Consolida a informação, permitindo a consulta posterior da informação
Ensinar/Instruir/ e Treinar da escala de avaliação da dor, formas de alívio/controlo da dor	Permite que a criança/jovem e sua família compreendam: a existência de uma escala de dor e a sua importância; as medidas para minimizar ou prevenir a dor
Ensinar/ Instruir e Treinar a criança/jovem e sua família sobre estratégias gerais e específicas de luta contra o medo (ANEXO III)	Proporciona suporte à criança/jovem e Família
Entregar o Folheto informativo: <i>O meu filho vai ser operado.... Como posso ajudá-lo a superar o medo da cirurgia?</i> (ANEXO VI)	Consolida a informação, permitindo a consulta posterior da informação
Informar os pais sobre estratégias a utilizar para lidar com a ansiedade e as possíveis	Proporciona suporte à criança/jovem e Família

CONSULTA DE ENFERMAGEM DE PRÉPARAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA DA CRIANÇA/JOVEM E FAMILIA	N.º DATA:	FOLHA 6/7
--	--------------	--------------

IV – PROCEDIMENTOS (Cont)

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO
reações no pós-operatório	
Avaliar o comportamento/reação da criança/jovem e família durante a preparação	Avalia a eficácia da preparação e adequa as intervenções de enfermagem
Esclarecer dúvidas	Proporciona tranquilidade à criança/jovem
Avaliar o ensino, instrução e o treino realizados	Avalia a eficácia da preparação e adequar as intervenções de enfermagem
Executar os registos (ANEXO I)	Permite a continuidade de cuidados e a monitorização dos cuidados

Bibliografia: BROERING, Camilla; CREPALDI, Maria, (2008) - Preparação psicológica para a cirurgia em pediatria: Importância, técnicas e limitações, **Paideia**. Vol.18 nº39, p. 61-72; Centro Hospitalar de Lisboa Central (2010) - **Atendimento de enfermagem na consulta de anestesia – preparação da criança, adolescente e família para a cirurgia**, Norma de Procedimento sectorial, Área Pediatria Cirúrgica; HOCKENBERRY, M. Wilson; WILKELSTEIN (2006) - **Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. (7ª Ed.). Lisboa: Mosby Elsevier.; ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011) - **Guias Orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica**, cadernos da Ordem dos enfermeiros, série I, Nº 3, Volume 2 PÉTRILLE, Madeline, SIRGAY, Sanger,(1983) - **Nursing psycho-social en pédiatrie**. Los éditions HRW Ltée; TEIXEIRA, Esmeralda; FIGUEIREDO, Maria (2009) - Experiência da criança no perioperatório de cirurgia programada, **Revista Referência**, nº 9, II série. (Março). p 7-14

CONSULTA DE ENFERMAGEM DE PRÉPARAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA DA CRIANÇA/JOVEM E FAMÍLIA	N.º DATA:	ANEXO I
--	------------------	------------

**Consulta de Enfermagem de preparação pré-operatória
Criança e Família**

Data da consulta ___/___/___	
Identificação da criança:	
Nome:	Data de Nascimento: ___/___/___
Nome preferido:	Pessoa significativa:
Nº de processo	

Diagnóstico:	
Cirurgia proposta:	Data da Cirurgia: ___/___/___
Tipo de Anestesia: Geral <input type="checkbox"/> Outra:	
Sinais vitais:	
FR ___ FC ___ Temp. _____	
T.A. ___/___	
Local de avaliação da temp. _____	
Características da respiração: _____	
História de Dor	
Como comunica a dor?	
Medidas para aliviar/eliminar a dor:	
Farmacológicas <input type="checkbox"/> Que fármaco? _____	
Não farmacológicas <input type="checkbox"/> Qual? _____	
Medos: Quais _____	
Estratégia que usa para lidar com o medo:	
Estilo de confronto: Repressivo <input type="checkbox"/> Sensitivo <input type="checkbox"/> Neutro <input type="checkbox"/>	
Especifique:	
Hábitos culturais e religiosos:	
Composição da família:	
Experiências anteriores Cirurgia <input type="checkbox"/> Episódio de urgência <input type="checkbox"/> Internamento <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>	
Especifique:	
Conhecimentos da criança sobre a cirurgia:	
Tipo de anestesia sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Tipo de cirurgia sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>	
Circuito operatório sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Material hospitalar sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>	
Cuidados pré-operatórios sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Cuidados pós-operatórios sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>	
Escala de dor sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Qual:	
Técnicas de relaxamento sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Técnicas de distração sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>	
Conhecimento da família/pessoa significativa sobre a cirurgia:	
Tipo de anestesia sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Tipo de cirurgia sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>	
Circuito operatório sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Material hospitalar sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>	
Cuidados pré-operatórios sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Cuidados pós-operatórios sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>	
Escala de dor sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Qual:	
Técnicas de relaxamento sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Técnicas de distração sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>	

CONSULTA DE ENFERMAGEM DE PRÉPARAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA DA CRIANÇA/JOVEM E FAMÍLIA	N.º DATA:	ANEXO I
--	------------------	------------

Atividades de Vida			
<u>Higiene pessoal</u> : Cuidada <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Descuidada <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Hábitos: _____			
<u>Controlar temperatura do corpo</u> - Estratégias de arrefecimento _____			
<u>Comer e beber</u>	Tipo de alimentação	Alimentos preferidos	Alimentos que não gosta
<u>Eliminar</u> Urina: Frequência _____ Características _____ Fezes: Frequência _____ Características _____			
<u>Mover-se</u> : precisa de ajuda para mover-se <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Qual: _____			
Divertir-se: Hábitos lúdicos – Quais? _____ Brinquedo/Brincadeira preferida _____			
Comunicar: Expressa-se claramente? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Como comunica? _____			
<u>Dormir</u> : Quantas horas de sono dorme por dia? _____ Quais os hábitos de sono? _____			
<i>Observações:</i> 			
Preparação dirigida: à criança <input type="checkbox"/> aos pais <input type="checkbox"/>			
Compreensão da criança sobre o estado de saúde e a cirurgia: _____			
Diagnósticos de Enfermagem			
Conhecimento			
Medo			
Stress do prestador de cuidados			
Ansiedade			
Outro			
Intervenção de Enfermagem			
Ensinar sobre estratégias de confronto:			
Auto-instrução <input type="checkbox"/> Pensamento positivo <input type="checkbox"/>			
Ensinar técnicas de relaxamento:			
Respiração lenta ou profunda <input type="checkbox"/> Respiração diafragmática <input type="checkbox"/>			
Ciclo respiratório <input type="checkbox"/> Contração e descontração progressiva dos membros <input type="checkbox"/>			
Executar Brincadeira lúdica <input type="checkbox"/> Executar Técnicas de Distração <input type="checkbox"/>			
Informar o prestador de cuidados através do folheto “como ajudar o meu filho a superar o medo”			
Informar o prestador de cuidados/criança através do folheto “o meu filho vai ser operado-Guia de acolhimento” <input type="checkbox"/>			
Informar a criança/jovem e prestador se cuidados sobre a Intervenção cirúrgica <input type="checkbox"/>			
Treinar escala de dor <input type="checkbox"/>			
Avaliar ensino:			
Adquirido <input type="checkbox"/>			
Necessita de reforço <input type="checkbox"/>			

CONSULTA DE ENFERMAGEM DE PRÉPARAÇÃO PRÉ- OPERATÓRIA DA CRIANÇA/JOVEM E FAMILIA	N.º DATA:	ANEXO I
--	------------------	------------

Material Utilizado:
Livro <input type="checkbox"/> Puzzle corpo humano <input type="checkbox"/> Fotos/vídeo <input type="checkbox"/>
Desenho da silhueta corporal <input type="checkbox"/> Material hospitalar <input type="checkbox"/>
Material hospitalar em brinquedo <input type="checkbox"/> Apresentação em PowerPoint do circuito <input type="checkbox"/>
Outro:

Reações da criança/pessoa significativa
Ansiedade <input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/>
Outro
Dificuldades da criança/pessoa significativa

Enfermeiro _____ N.º Mecanográfico _____

ESTADIO DE DESENVOLVIMENTO	MEDOS
<p>Primeira Infância: <i>Toddler</i> (1 aos 3 anos)</p> <p><i>Pré-escolares</i> (3 aos 6 anos)</p>	<p><i>Toddler:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Medo de estranhos - Medo da separação - Ruídos altos como aspiradores, sirenes, alarmes, camiões, trovões (2 anos) - Mascaras (3anos) - Escuro (3 anos) - Animais (3 anos)7 <p><i>Pré-escolar:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Estão presentes uma grande variedade de medos reais e imaginários: - Medo do escuro - Medo de ficar sozinho - Medo de animais - Medo ruídos fortes - Medo de Fantasmas, monstros, bruxas - Assuntos sexuais (castração) - Objetos ou pessoas associadas à dor - Medo da aniquilação (temem perder partes do corpo em certos procedimentos) - Atribuem qualidades de seres vivos a objetos inanimados (animismo) - Medo da própria Morte (5 anos) - Medo de pessoas “más” (5anos)
<p>Infância Média: <i>Idade escolar</i> (6 a 11/12 anos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Medo do escuro - Preocupação excessiva com comportamentos passados, Constrangimento e Isolamento social - Necessidade excessiva de confiança - Tem menos medo da insegurança, mas ainda continuam com medo de serem raptadas ou necessitarem de uma cirurgia - Medo da morte, são fascinadas pelos aspetos da morte e do morrer - O medo de barulhos, escuro, tempestades e cães diminuem - Medos relacionados com a escola e a família - Seres sobrenaturais (7-8 anos) - Eventos da média (7-8anos) - Testes e exames da escola (9 aos 12 anos) - Desempenho escola (9 aos 12 anos) - Ferimentos físicos (9 aos 12 anos) - Aparência física (9 aos 12 anos)
<p>Infância Tardia: <i>Fase pré-adolescência</i> (10 aos 13 anos)</p> <p><i>Fase adolescência</i> (13 aos 18 anos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Morte (9 aos 12 anos) - Escuro (9 aos 12 anos) - Trovão (9 aos 12 anos) - Desempenho social - Sexualidade

CONSULTA DE ENFERMAGEM DE PRÉPARAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA DA CRIANÇA/JOVEM E FAMILIA	N.º DATA:	ANEXO III
--	------------------	--------------

ESTRATÉGIAS DE LUTA CONTRA O MEDO

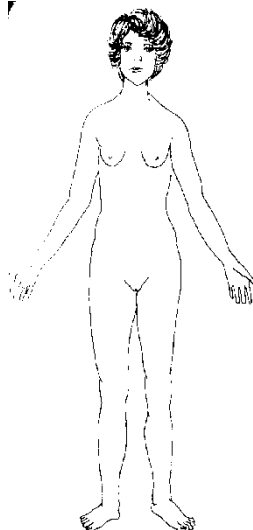
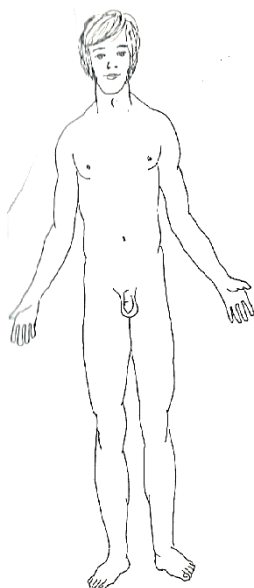
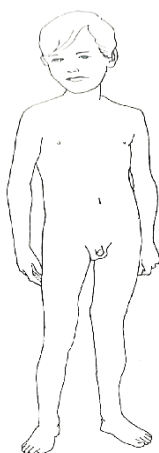
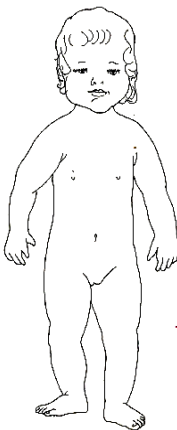
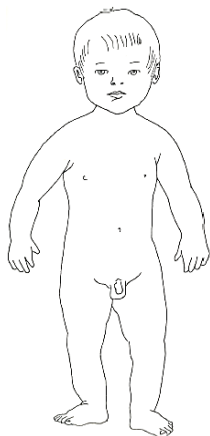
ADEQUADA À ETAPA DE DESENVOLVIMENTO

Estadio de desenvolvimento/idade	Características - Estratégias	Estratégias Específicas
<p style="text-align: center;">Pré-escolares (3 aos 6 anos) 2 a 7 anos – pré operacional 4 aos 7 anos – Pensamento intuitivo</p> <p style="text-align: center;"><i>Iniciativa vs culpa</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Aquisição do Senso de iniciativa</i></p>	<p><i>Egocentrismo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicar os procedimentos que será submetido utilizando termos simples e neutros (Anexo V) - Explicar como os procedimentos o podem afetar, o que podem sentir, cheirar, ouvir, saborear - Demonstrar o uso do material hospitalar e permitir que a criança brinque com este ou com brinquedos que representem material hospitalar (kit de material lúdico-pedagógico) <hr/> <p style="text-align: center;"><i>Habilidades de Linguagem elevadas</i></p> <p>Incentivar a criança a verbalizar as suas ideias e sentimentos</p> <hr/> <p style="text-align: center;"><i>Limitação do conceito de tempo e tolerância à frustração</i></p> <p>Sessão de preparação de 10 a 15 min</p> <hr/> <p style="text-align: center;"><i>Doença e Hospitalização como punição</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Esclarecer que a cirurgia não é uma forma de punição - Perguntar à criança porque acha que vai ser operada - Esclarecer o porque da cirurgia <hr/> <p style="text-align: center;"><i>Medo de danos corporais, Invasão e castração</i></p> <p>Identificar o local do procedimento através do desenho da silhueta corporal reforçando que mais nenhuma parte do corpo será envolvida</p> <p>Incentivar a presença dos pais</p> <p>Explicar as situações desconhecidas, tais como o frio e a luz forte no bloco operatório</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Brincadeira lúdica: <ul style="list-style-type: none"> • História: “ A Anita no Hospital” • Visualização do powerpoint sobre o circuito peri-operatório • Utilizar o desenho da silhueta corporal para identificar o local do corpo onde vai ser intervencionado - Técnicas de distração: Histórias - Ensinar estratégias de conforto: autoinstrução, pensamento positivo, associadas a técnicas de relaxamento
<p style="text-align: center;">Infância Média: Idade escolar (6 a 11/12 anos) <i>Raciocínio indutivo e início do raciocínio lógico</i> – 7 aos 11 anos</p> <p style="text-align: center;"><i>Diligência vs Inferioridade</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Aquisição do Senso de construtividade</i></p>	<p><i>Habilidade de linguagem elevada; vontade em adquirir novos conhecimentos</i></p> <p>Utilizar termos científicos corretos</p> <p>Explicar o porque da cirurgia e todos os procedimentos</p> <p>Incentivar que a criança manipule o material hospitalar incluído no kit de material lúdico-pedagógico</p> <p>Explicar o funcionamento do material e equipamento utilizado</p> <hr/> <p style="text-align: center;"><i>Conceito de tempo melhorado</i></p> <p>Sessões de 20 minutos</p> <hr/> <p style="text-align: center;"><i>Mais autocontrole</i></p> <p>Explicar à criança o que é esperado</p> <p>Ensinar estratégias de controle como respiração profunda, e técnicas de relaxamento</p>	<p>Estimular a realização de atividades que a criança goste de fazer</p> <ul style="list-style-type: none"> - Brincadeira lúdica: <ul style="list-style-type: none"> • Puzzle corpo humano e sistemas do corpo humano - Ensinar técnicas de relaxamento: respiração lenta ou profunda, respiração diafragmática - Ensinar técnicas de distração: histórias, musica preferida, jogos - Ensinar estratégias de conforto: autoinstrução, pensamento positivo, associadas a técnicas de relaxamento
<p style="text-align: center;">Infância Tardia: Fase pré-adolescência (10 aos 13 anos)</p>	<p style="text-align: center;"><i>Aumento do pensamento e raciocínio abstrato</i></p> <p>Explicar os motivos da cirurgia e de todos os procedimentos</p> <p>Explicar as consequências da cirurgia a longo prazo</p> <p>Incentivar perguntas sobre medos (morte, incapacidade), alternativas e opções</p> <hr/> <p style="text-align: center;"><i>Consciência da auto-imagem</i></p> <p>Promover privacidade</p> <p>Discutir como a cirurgia pode afetar a aparência e o que</p>	<p>Tratar o adolescente como um ser separado dos pais</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ensinar técnicas de relaxamento: respiração lenta ou profunda,

Fase adolescência a <i>(13 aos 18 anos)</i> <i>Raciocínio dedutivo e abstrato –dos 11 aos 15anos</i> <i>Identidade vs confusão</i> <i>Senso identidade</i>	poderá ser feito para minimizar o efeito	respiração diafragmática, ciclo respiratório. - Ensinar técnicas de distração: livros, musica preferida, jogos - Ensinar estratégias de conforto: autoinstrução, pensamento positivo
	<i>Luta pela independência</i> Envolver na decisão e planeamento da cirurgia Ensinar técnicas de controle	
	<i>Desenvolvimento da relação com os amigos e identidade de grupo</i> <i>Sugerir a conversa com adolescentes que tenham tido experiências idênticas</i>	

Bibliografia: HOCKENBERRY, Marilyn, WILSON, David (2011) - Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. (8ª Ed.). Rio de Janeiro: Mosby Elsevier.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011c) - **Guias Orientadores de boa pratica em enfermagem de saúde infantil e pediátrica**, cadernos da Ordem dos enfermeiros, série I, Nº 3, Volume 2



Onde a criança acorda e como se pode sentir

- O seu filho vai acordar numa sala, a Unidade de cuidados pós-anestésico (U.C.P.A.), onde permanece até ter alta. A pessoa significativa para criança pode estar junto à criança para que esta se sinta mais segura e tranquila e o ajudar no seu acordar.
- O seu filho poderá acordar irritada, agitada e chorosa lentamente acalmá-lo através do seu toque e da voz calma.
- Se o seu filho tiver sede ou fome, não lhe de água até a enfermeira dar indicação

Como pode ajudar a prevenir a dor do seu filho?

- Os pais/pessoa significativa são o suporte emocional da criança/jovem, fique com o seu filho, distraia-o e console-o
- Brinque com o seu filho
- Avise a enfermeira que cuida do seu filho se verificar que existe uma alteração de comportamento, como medo, choro entre outro
- Avise a Enfermeira que cuida do seu filho sempre que ache que o seu filho tem dor, para que esta seja avaliada e administrado um analgésico adequado, para o alívio da dor.

Quando tiver alta

- Terá alta no próprio dia da cirurgia se não surgir nenhuma complicação
- Quando tiver alta, será dada toda a informação sobre os cuidados a ter no domicílio a ter de acordo com a cirurgia a que o seu filho foi submetido
- Qualquer dúvida contacte a Unidade de cirurgia do ambulatório das 8-18h através do contacto referidos em baixo ou dirija-se ao serviço de urgência Pediátrica em caso de agravamento dos sintomas
- Serão prescritos analgésicos para tomar em casa, cumpra os horários, para prevenir que a dor se instale

Contactos telefónicos:

Telefone:282450300

Cirurgia do Ambulatório (8-18h) Extensão:1336

O que é a cirurgia do Ambulatório?

O seu filho/a será operado na Unidade de Cirurgia do Ambulatório (U.C.A.) que se situa no 1º andar, em frente ao elevador central e que tem como objetivo realizar atos cirúrgicos programados e realizados nas condições técnicas e de segurança ideais, num bloco operatório, sob uma anestesia, e seguido de uma vigilância pós-operatória, permitindo regressar a casa no mesmo dia.

O que é a anestesia?

É um conjunto de medicamentos que permitem que o seu filho durma, não sinta nem se recorde de nada. É administrado por via endovenosa (pela veia) através de um cateter.

O menino/a _____, vai ser operado na Unidade de Cirurgia de Ambulatório (U.C.A) a ___/___/___, deve comparecer às ___:___ no serviço acompanhado por um adulto (mãe/ou pai ou outra pessoa significativa).

Contacte a Unidade de cirurgia de Ambulatório se a criança/jovem apresentar febre.

Se não poder comparecer, avise com três dias de antecedência.

Se acontecer algum imprevisto contacte a Unidade de Cirurgia do Ambulatório com a maior brevidade possível

Cuidados na véspera

- A criança/jovem deve tomar banho e cortar as unhas
- Retirar adornos (pulseiras, fios, anéis, brincos, piercings), verniz, lentes de contacto
- Tirar os pelos na zona da intervenção cirúrgica, no caso dos jovens

Centro Hospitalar do _____

O meu filho vai ser operado....

Em regime de Cirurgia do Ambulatório



No dia da cirurgia

O seu filho deverá estar em Jejum (não comer e beber, nem água) a partir das ___:___

Deverá colocar no seu filho, o EMLA® (anestésico local) às ___:___, 00 _____(local)

Cuidados com a aplicação do EMLA® (penso anestésico)

- Terá que estar uma hora com o penso no local indicado, para este fazer efeito
- Se o penso se descolar ou o creme escorrer fora do adesivo limpe e reforce o adesivo
- Se o penso for retirado, limpe o local com água e sabão
- Se o seu filho levar o EMLA aos olhos ou à boca lave com abundância
- É natural que o seu filho sinta no local da aplicação do penso, frio, comichão

Quando for para o hospital

- o Deverá trazer exames: Rx, ECG, TAC, Análises, outro que tenha em seu poder
- o Dirija-se ao secretariado da cirurgia do ambulatório, entregue este folheto e aguarde na sala de espera até que o enfermeiro os receba.
- o Durante o período em que a criança está no bloco os pais podem aguardar na sala de espera do serviço.
- o Poderá efetuar as suas refeições gratuitamente (almoço) no refeitório do hospital, mediante a entrega de uma senha.

Horário: almoço 12:30-14:30

CONSULTA DE ENFERMAGEM DE PRÉPARAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA DA CRIANÇA/JOVEM E FAMÍLIA

N.º

DATA:

ANEXO VI

Palavras/ expressões a evitar:	Sugestão
Injeção, picar, picada de abelha, agulha	Colocar um medicamento por baixo da pele
Cortar ou tirar	Consertar, arranjar
Incisão	Abertura especial
Anestesia	sono especial
Castor	Tubo
Ferida	Doi-doí
Orgão	Lugar especial no corpo, uma parte do corpo ou um lugar no corpo
Exame	Ver como o coração está a funcionar (enfermo)
Enteros	Adoçantes
Corte	Abertura especial, risquim na pele
Maca	Cama com rodas
Fazes	Palavra que é usada pela criança
Dor	Palavra usada pela criança
Essena	Inchaço, alto
Sonolento	Dormiente com sono
Medir a temperatura	Ver se está quente, ver se tem febre
Medir (tensão)	Pode apertar um bocadinho, é uma braçadeira como a da prata
Teste ou análise	Vamos ver como está o teu sangue... urina...
Monitor (da tensão)	Ecrã de televisão

Adaptado: ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011c) - Guia Orientadora de boas práticas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, cadernos da Ordem dos enfermeiros, série I, Nº 3, Volume 2 - 06p.49

Bibliografia:
 - ANONIMATO (2011) *Manual de Preparação Pré-Operatória da Criança e do Jovem*. Lisboa: Direcção Nacional de Saúde.
 - ANONIMATO (2011) *Guia Orientadora de boas práticas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Cadernos da Ordem dos Enfermeiros, série I, Nº 3, Volume 2.
 - ANONIMATO (2011) *Guia Orientadora de boas práticas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Cadernos da Ordem dos Enfermeiros, série I, Nº 3, Volume 2.

Atualizado: Janeiro 2015

Centro Hospitalar do

O meu filho vai ser operado....
 Como posso ajudá-lo a superar o medo da cirurgia?



Os pais são parceiros da equipa de saúde para cuidar melhor da criança, pois conhecem os seus filhos como ninguém. Ajude-o a superar o medo da cirurgia

Garanta-lhe que vai estar com ele e que vai poder levar para o hospital alguns objetos de que gosta mais (para o pós-operatório)

Aspetos Gerais:

- Ouça o que o seu filho tem para dizer
- Seja verdadeiro
- Deixe que ele exprima os seus medos, vai ajudá-lo a controlá-los
- Respeite os seus medos, mas não lhe demonstre preocupação
- Explique ao seu filho que ter medo é normal e ajude-o a compreender as suas razões
- Elogie o seu filho por ser capaz de falar e dominar o seu medo
- Brinque com seu filho na fase pré-operatória para o distrair
- Ensine-lhe a respirar fundo, treinando em casa

Informação a dar ao seu filho sobre a cirurgia, de acordo com a sua idade:

Dos 3 aos 6 anos:

- Dê explicações simples, frases curtas, palavras neutras (anestesia=cheirinho que faz sono, sala de recobro=sala onde se acorda – ver sugestões no verso do folheto)
- De preferência converse 3 dias antes da cirurgia, (com 5 anos a conversa poderá ser 4 a 5 dias antes da cirurgia)
- Brinque com a criança aos enfermeiros, aos médicos e ao hospital
- Assegure-lhe que a cirurgia é uma forma de resolver um problema e não é um castigo por alguma coisa que ele tenha feito

- Fale da sequência e da duração dos eventos que vai viver, usando referências temporais que ele conhece, exemplo: vai estar na sala do soninho o mesmo tempo da música do panda.
- Medos mais frequentes nesta idade: Medo do escuro, de ficar sozinho, ruídos fortes, medo da aniquilação (perder partes do corpo em certos procedimentos), objetos ou pessoas associadas à dor, assuntos sexuais (castração), animais, fantasmas, monstros, bruxas, da própria morte (aos 5 anos)

Dos 7 aos 11anos:

- Converse com o seu filho uma semana antes
- Incentive que este faça perguntas e que fale das suas preocupações
- Explique como vai ver o seu corpo depois da cirurgia
- Faça teatros com o seu filho sobre a cirurgia
- Leve para o hospital o que o distraí, para o pós-operatório (conforme a indicação do profissional de saúde)
- Medos mais frequentes nesta idade: escuro, de serem raptadas, de necessitarem de uma cirurgia, da morte, Seres sobrenaturais (7-8 anos), Aparência feia (9 aos 12 anos), Desempenho escolar (9 aos 12 anos), Ferimentos feios (9 aos 12 anos), medo de acordar durante a cirurgia e o medo de não acordar

Mais de 12 anos:

- Explique-lhe o que vai acontecer
- Incentive a colocar dúvidas e participar em decisões
- Respeite a sua privacidade
- Aconselhe-o a esclarecer dúvidas com profissionais de saúde e não na internet
- Aconselhe-o a levar para o hospital o que o distraí, para o pós-operatório (livros, revistas conforme a indicação do profissional de saúde)
- Lembre-se que os medos mais frequentes nesta idade estão relacionados com: Perda do controlo, Desempenho social, Sexualidade

Material Hospitalar:

Livros:

Material lúdico:

Brinquedos e jogos:

<ul style="list-style-type: none"> - Mascara - Touca - Luvas - Compressas - Ligaduras - Cateter venoso - Torneira - Garrote - Sistema de soro - Penso cirúrgico - Penso EMLA - Frasco de soro - Seringas - Eletrodos <p><i>(Escolares e Jovens)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - O Diogo é operado (2 aos 4 anos) - O Diogo vai ao Hospital (2 aos 4 anos) - O Nuno vai ao hospital (2aos 4 anos) - A Anita no Hospital (3 aos 6 anos) - A Camila está doente (3 aos 6 anos) - A visita do Bolinha ao Hospital (3 aos 6 anos) - O Hospital dos pequeninos (3 aos 6anos) 	<ul style="list-style-type: none"> - Folhas brancas - Lápis para colorir - Desenhos alusivos à cirurgia para colorir 	<ul style="list-style-type: none"> - Brinquedos - Playmobil® (sala de operações e quarto de Hospital) – <i>pré-escolar/escolar</i> - Puzzle do corpo humano - <i>escolar</i> - Jogo sistemas do corpo Humano (9 aos 12 anos) - Material hospitalar de brincar (estetoscópio, seringa, termómetro) <i>pré-escolar/escolar</i>
---	---	---	---

APÊNDICE XXII

NORMA DE PROCEDIMENTO: PREPARAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA DA
CRIANÇA/JOVEM E FAMÍLIA EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO

	NORMA DE PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM	N.º DATA:	FOLHA 1/6
	ASSUNTO: PREPARAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA DA CRIANÇA/JOVEM E FAMÍLIA EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO	ELABORADA POR: Susana Costa Em: Fevereiro de 2013	
DIVULGAÇÃO: Manual de Normas	APROVADA POR:		
ENTRADA EM VIGOR: Imediata	Em:		
SUBSTITUI: Sem Antecedentes	A REVER EM: Fevereiro de 2017		
PALAVRAS-CHAVE: Pré-operatório; Cirurgia; Preparação; Internamento; Criança; Jovem			

I-DEFINIÇÃO

É um conjunto de cuidados de Enfermagem adequados e seguros prestados de modo sistematizado e contínuo à criança/família em contexto de internamento, com o objetivo de preparar a criança/Jovem e sua família para a intervenção cirúrgica programada.

II – OBJETIVOS

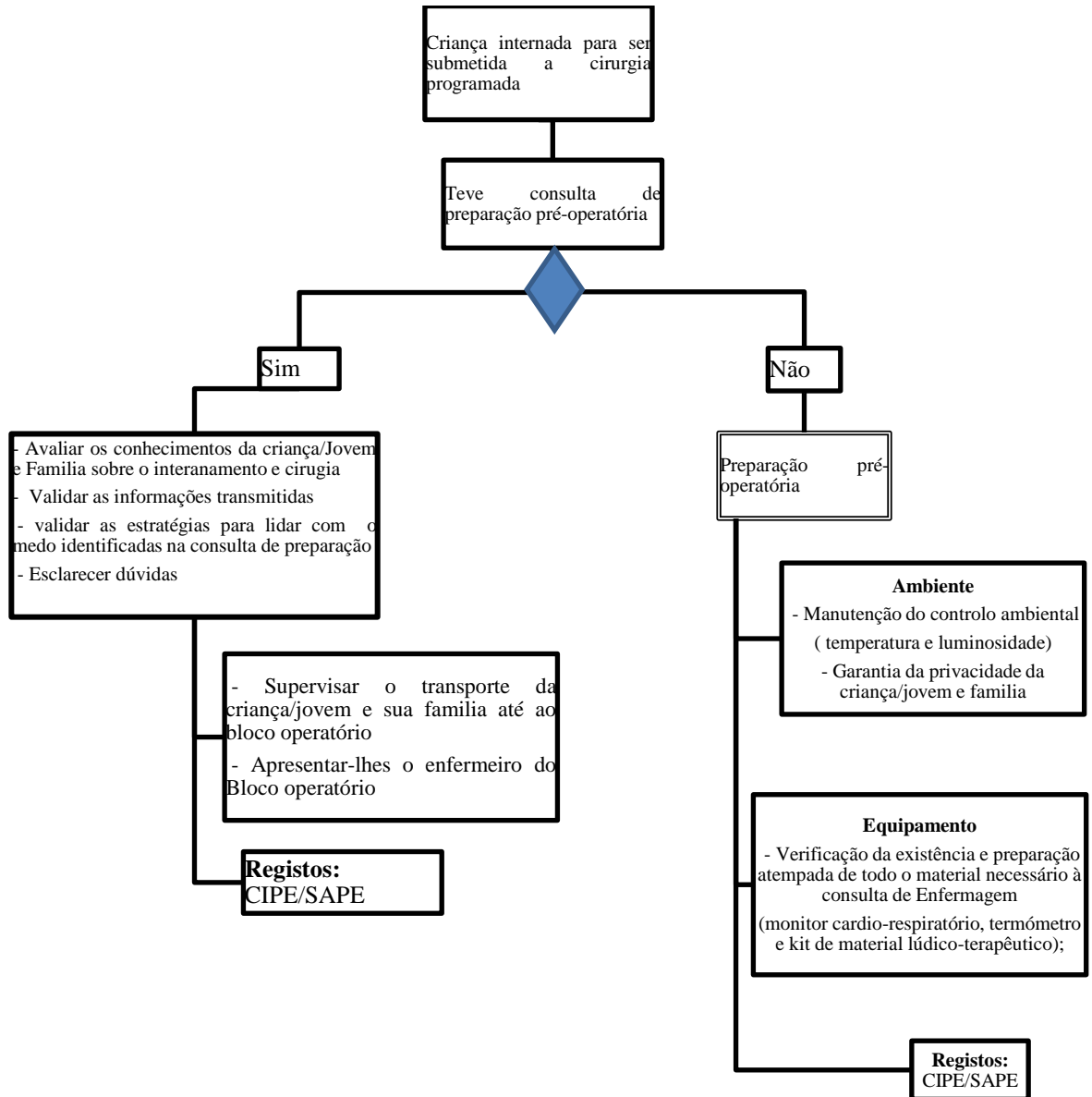
- Reduzir o medo e a ansiedade face à intervenção cirúrgica;
- Prevenir o risco de perturbações do comportamento no pós-operatório e após a alta;
- Orientar os pais no desempenho da sua função parental.

III – INFORMAÇÕES GERAIS

A – QUEM EXECUTA

- O/A Enfermeiro/a perito em desenvolvimento infantil

IV – ORIENTAÇÕES QUANTO À EXECUÇÃO



PREPARAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA DA CRIANÇA/JOVEM E FAMÍLIA EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO	N.º	FOLHA
	DATA:	3/7

IV – ORIENTAÇÕES QUANTO À EXECUÇÃO

Estadio de Desenvolvimento	Alvo da preparação	Tempo de duração da preparação dirigida à criança	Tempo recomendado entre a preparação e a cirurgia
Toddler (1 aos 3 anos)	Família	-----	-----
Pré-escolar (3 aos 6 anos)	Dirigida à Família até à criança de 4- 5 anos Consoante desenvolvimento da criança, estilo de confronto e temperamento da criança	10/15 min	< 5 anos – 1 a 2 dias antes 5/6 anos – 1 semana
Escolar	Criança e Família	20 min	5 a 10 dias / 1 semana
Pré adolescência	Criança e Família	Envolve-lo no planeamento da sessão	11-12 anos – 5 a 10 dias/1 semana
Adolescência	Criança e Família	Envolve-lo no planeamento da sessão	Deve ser preparado assim que for decidido a cirurgia

Nota: Não existe consenso quanto aos dados anteriormente referidos, o quadro anterior apresenta uma recomendação segundo a Bibliografia consultada.

V – PROCEDIMENTOS

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO
Promover ambiente calmo e agradável no acolhimento à criança/família;	- Diminui o medo da criança e a ansiedade da família;
Apresentar-se à criança/ família pelo nome	- Transmite confiança e segurança;
Informar os objetivos da preparação	- Facilita a sua integração e o seu envolvimento;
Negociar com os pais/prestador de cuidados a sua participação (função parental)	- Permite o suporte familiar
Executar a entrevista inicial: - Realizando a colheita de dados (incluindo o que está padronizado no serviço): <ul style="list-style-type: none"> ○ História de Dor ○ Medos da criança/ Que estratégias utiliza para lidar com o medo (ANEXO I) ○ Estilo de confronto da criança ○ Hábitos culturais e religiosos ○ Composição da família Experiências Anteriores (cirurgias anteriores, episódios de urgência, internamentos, procedimentos Dolorosos)	- Identifica de forma sistemática os problemas/necessidades da criança/família, relativamente: <ul style="list-style-type: none"> - a forma de comunicar a dor da criança, e as medidas que utiliza para aliviar/eliminar a dor. (medidas farmacológicas e não farmacológicas) - as características da criança - temperamento da criança - a escolha do método a utilizar na preparação - riscos de potenciais complicações. - Permite fornecer a informação apropriada à Criança/Jovem e sua família

V – PROCEDIMENTOS (Cont)

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> ○ Atividades de vida ○ Sinais vitais (TA; FR; FC; SAT O2 e Temperatura Corporal) <p>- Avaliando:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ a Compreensão da criança sobre o seu estado de saúde e a cirurgia ○ os Conhecimentos da criança/jovem sobre a cirurgia ○ os Conhecimentos da família/prestador de cuidados sobre a cirurgia 	
<p>Incentivar a criança/jovem e sua família a verbalizar dúvidas e medos</p>	<p>Apoia a criança/jovem e família</p>
<p>Conhecer, valorizando os medos característicos de cada idade (ANEXO I)</p>	<p>Proporciona tranquilidade à criança/jovem e família</p>
<p>Planear os Diagnósticos de Enfermagem e Executar as Intervenções de Enfermagem, segundo a metodologia adequada à criança/jovem e sua família</p>	<p>Assegura os cuidados de enfermagem individualizados e seguros</p>
<p>Utilizar as estratégias de luta contra o medo adequada à etapa de desenvolvimento e o kit de material lúdico-terapêutico para preparar o sobre processo peri-operatório (ANEXO II e III)</p>	<p>Idem</p>
<p>Preparar o processo peri-operatório:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Informação sobre : <ul style="list-style-type: none"> – o circuito peri-operatório – o material hospitalar que poderá encontrar – Fardamento dos profissionais de saúde do bloco operatório – o local onde vai acordar (Unidade de 	<p>Promove a aproximação antecipatória à situação real, quanto:</p> <ul style="list-style-type: none"> – a adaptação ao ambiente hospitalar; – diminuição das fantasias; – eliminação de falsos conceitos e dúvidas; – a compreensão da criança/jovem e sua família ao significado da anestesia; – a adaptação à imagem corporal no pós-

V – PROCEDIMENTOS (Cont)

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO
<p>cuidados pós anestésicos)</p> <ul style="list-style-type: none"> - os papéis desempenhados pelo enfermeiro, anestesista e cirurgião - O tipo de indução anestésica - A zona do corpo onde vai ser intervencionado e como vai estar quando acordar, usando as silhuetas (ANEXO IV) - Possíveis sensações/reações no pós-operatório - Necessidade do jejum pré-operatório - Adornos e verniz a retirar - Higiene antes da cirurgia <p>o Incentivar para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A presença do objeto significativo - A aplicação do penso anestésico EMLA® 	<p>operatório;</p> <ul style="list-style-type: none"> - ao suporte familiar à criança, tranquilizando a família; - aos cuidados centrados na família; - a segurança anestésica da criança/jovem; - a prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde.
<p>Ensinar/Instruir/ e Treinar da escala de avaliação da dor, formas de alívio/controlo da dor</p>	<p>Permite que a criança/jovem e sua família compreendam: a existência de uma escala de dor e a sua importância; as medidas para minimizar ou prevenir a dor</p>
<p>Ensinar/ Instruir e Treinar a criança/jovem e sua família sobre estratégias de luta contra o medo adequadas à etapa de desenvolvimento (ANEXO II)</p>	<p>Proporciona suporte à criança/jovem e Família</p>
<p>Entregar o Folheto informativo: <i>O meu filho vai ser operado.... Como posso ajudá-lo a superar o medo da cirurgia?</i> (ANEXO V)</p>	<p>Consolida a informação, permitindo a consulta posterior da informação</p>
<p>Informar os pais sobre estratégias a utilizar para lidar com a ansiedade e as possíveis reações no pós-operatório</p>	<p>Proporciona suporte à criança/jovem e Família</p>

PREPARAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA DA CRIANÇA/JOVEM E FAMÍLIA EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO	N.º DATA:	FOLHA 6/6
---	------------------	--------------

V – PROCEDIMENTOS (Cont)

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	JUSTIFICAÇÃO
Avaliar o comportamento/reacção da criança/jovem e família durante a preparação	Avalia a eficácia da preparação e adequa as intervenções de enfermagem
Esclarecer dúvidas	Proporciona tranquilidade à criança/jovem
Avaliar o ensino, instrução e o treino realizados	Avalia a eficácia da preparação e adequar as intervenções de enfermagem
Executar os registos	Permite a continuidade de cuidados e a monitorização dos cuidados

VI- REGISTOS NO CIPE/SAPE

FOCO: Conhecimento

FOCO: Medo

FOCO: Stress do prestador de cuidados

FOCO: Ansiedade

Bibliografia: BROERING, Camilla; CREPALDI, Maria, (2008) - Preparação psicológica para a cirurgia em pediatria: Importância, técnicas e limitações, **Paideia**. Vol.18 nº39, p. 61-72; Centro Hospitalar de Lisboa Central (2010) - **Atendimento de enfermagem na consulta de anestesia – preparação da criança, adolescente e família para a cirurgia**, Norma de Procedimento sectorial, Área Pediatria Cirúrgica; HOCKENBERRY, Marilyn; WILSON , David(2011) - **Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. (8ª Ed.). Lisboa: Mosby Elsevier.; ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011) - **Guias Orientadores de boa pratica em enfermagem de saúde infantil e pediátrica**, cadernos da Ordem dos enfermeiros, série I, Nº 3, Volume 2 PÉTRILLE, Madeline, SIRGAY, Sanger,(1983) - **Nursing psycho-social en pédiatrie**. Los éditions HRW Ltée; TEIXEIRA, Esmeralda; FIGUEIREDO, Maria (2009) - Experiência da criança no perioperatório de cirurgia programada, **Revista Referência**, nº 9, II série. (Março). p 7-14

ESTADIO DE DESENVOLVIMENTO	MEDOS
<p>Primeira Infância: <i>Toddler</i> (1 aos 3 anos)</p> <p><i>Pré-escolares</i> (3 aos 6 anos)</p>	<p><i>Toddler:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Medo de estranhos - Medo da separação - Ruídos altos como aspiradores, sirenes, alarmes, camiões, trovões (2 anos) - Mascaras (3anos) - Escuro (3 anos) - Animais (3 anos)⁷ <p><i>Pré-escolar:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Estão presentes uma grande variedade de medos reais e imaginários: - Medo do escuro - Medo de ficar sozinho - Medo de animais - Medo ruídos fortes - Medo de Fantasmas, monstros, bruxas - Assuntos sexuais (castração) - Objetos ou pessoas associadas à dor - Medo da aniquilação (temem perder partes do corpo em certos procedimentos) - Atribuem qualidades de seres vivos a objetos inanimados (animismo) - Medo da própria Morte (5 anos) - Medo de pessoas “más” (5anos)
<p>Infância Média: <i>Idade escolar</i> (6 a 11/12 anos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Medo do escuro - Preocupação excessiva com comportamentos passados, Constrangimento e Isolamento social - Necessidade excessiva de confiança - Tem menos medo da insegurança, mas ainda continuam com medo de serem raptadas ou necessitarem de uma cirurgia - Medo da morte, são fascinadas pelos aspetos da morte e do morrer - O medo de barulhos, escuro, tempestades e cães diminuem - Medos relacionados com a escola e a família - Seres sobrenaturais (7-8 anos) - Eventos da média (7-8anos) - Testes e exames da escola (9 aos 12 anos) - Desempenho escola (9 aos 12 anos) - Ferimentos físicos (9 aos 12 anos) - Aparência física (9 aos 12 anos)
<p>Infância Tardia: <i>Fase pré-adolescência</i> (10 aos 13 anos)</p> <p><i>Fase adolescência</i> (13 aos 18 anos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Morte (9 aos 12 anos) - Escuro (9 aos 12 anos) - Trovão (9 aos 12 anos) - Desempenho social - Sexualidade

**ESTRATÉGIAS DE LUTA CONTRA O MEDO
ADEQUADA À ETAPA DE DESENVOLVIMENTO**

Estadio de desenvolvimento/idade	Características - Estratégias	Estratégias Específicas
<p><i>Pré-escolares</i> (3 aos 6 anos) 2 a 7 anos – pré operacional 4 aos 7 anos – Pensamento intuitivo</p> <p><i>Iniciativa vs culpa</i></p> <p><i>Aquisição do Senso de iniciativa</i></p>	<p><i>Egocentrismo</i> - Explicar os procedimentos que será submetido utilizando termos simples e neutros (Anexo V) - Explicar como os procedimentos o podem afetar, o que podem sentir, cheirar, ouvir, saborear - Demonstrar o uso do material hospitalar e permitir que a criança brinque com este ou com brinquedos que representem material hospitalar (kit de material lúdico-pedagógico)</p> <p><i>Habilidades de Linguagem elevadas</i> Incentivar a criança a verbalizar as suas ideias e sentimentos</p> <p><i>Limitação do conceito de tempo e tolerância à frustração</i> Sessão de preparação de 10 a 15 min</p> <p><i>Doença e Hospitalização como punição</i> - Esclarecer que a cirurgia não é uma forma de punição - Perguntar á criança porque acha que vai ser operada - Esclarecer o porque da cirurgia</p> <p><i>Medo de danos corporais, Invasão e castração</i> Identificar o local do procedimento através do desenho da silhueta corporal reforçando que mais nenhuma parte do corpo será envolvida Incentivar a presença dos pais Explicar as situações desconhecidas, tais como o frio e a luz forte no bloco operatório</p>	<p>- Brincadeira lúdica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • História: “ A Anita no Hospital” • Visualização do powerpoint sobre o circuito peri-operatório • Utilizar o desenho da silhueta corporal para identificar o local do corpo onde vai ser intervencionado <p>- Técnicas de distração: Histórias</p> <p>- Ensinar estratégias de conforto: autoinstrução, pensamento positivo, associadas a técnicas de relaxamento</p>
<p>Infância Média: Idade escolar (6 a 11/12 anos) <i>Raciocínio indutivo e início do raciocínio lógico – 7 aos 11 anos</i></p> <p><i>Diligência vs Inferioridade</i></p> <p><i>Aquisição do Senso de construtividade</i></p>	<p><i>Habilidade de linguagem elevada; vontade em adquirir novos conhecimentos</i> Utilizar termos científicos corretos Explicar o porque da cirurgia e todos os procedimentos Incentivar que a criança manipule o material hospitalar incluído no kit de material lúdico-pedagógico Explicar o funcionamento do material e equipamento utilizado</p> <p><i>Conceito de tempo melhorado</i> Sessões de 20 minutos</p> <p><i>Mais autocontrole</i> Explicar á criança o que é esperado Ensinar estratégias de controle como respiração profunda, e técnicas de relaxamento</p>	<p>Estimular a realização de atividades que a criança goste de fazer</p> <p>- Brincadeira lúdica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Puzzle corpo humano e sistemas do corpo humano <p>- Ensinar técnicas de relaxamento: respiração lenta ou profunda, respiração diafragmática</p> <p>- Ensinar técnicas de distração: histórias, musica preferida, jogos</p> <p>- Ensinar estratégias de conforto: autoinstrução, pensamento positivo, associadas a técnicas de relaxamento</p>
<p>Infância Tardia: Fase pré-adolescência (10 aos 13 anos) Fase adolescência (13 aos 18 anos) <i>Raciocínio</i></p>	<p><i>Aumento do pensamento e raciocínio abstrato</i> Explicar os motivos da cirurgia e de todos os procedimentos Explicar as consequências da cirurgia a longo prazo Incentivar perguntas sobre medos (morte, incapacidade), alternativas e opções</p> <p><i>Consciência da auto-imagem</i> Promover privacidade Discutir como a cirurgia pode afetar a aparência e o que poderá ser feito para minimizar o efeito</p> <p><i>Luta pela independência</i> Envolver na decisão e planeamento da cirurgia Ensinar técnicas de controle</p>	<p>Tratar o adolescente como um ser separado dos pais</p> <p>- Ensinar técnicas de relaxamento: respiração lenta ou profunda, respiração diafragmática, ciclo respiratório.</p> <p>- Ensinar técnicas de distração: livros, musica preferida, jogos</p> <p>- Ensinar estratégias de conforto: autoinstrução, pensamento positivo</p>

<i>dedutivo e abstrato –dos 11 aos 15anos</i> <i>Identidade vs confusão</i> <i>Senso de identidade</i>	<i>Desenvolvimento da relação com os amigos e identidade de grupo</i> <i>Sugerir a conversa com adolescentes que tenham tido experiências idênticas</i>	
--	--	--

Kit de Material Lúdico-Terapêutico

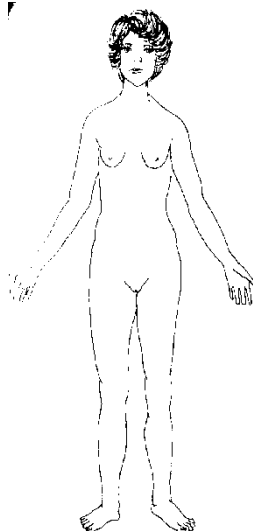
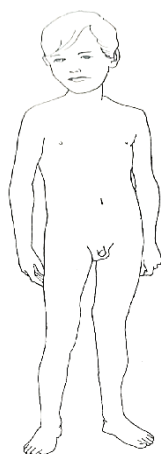
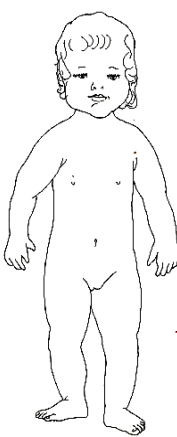
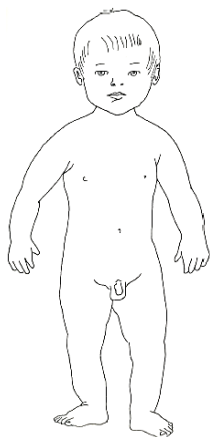
Material Hospitalar:	Livros:	Material lúdico:	Brinquedos e jogos:
<ul style="list-style-type: none"> - Mascara - Touca - Luvas - Compressas - Ligaduras - Cateter venoso - Torneira - Garrote - Sistema de soro - Penso cirúrgico - Penso EMLA - Frasco de soro - Seringas - Eletrodos <p>(Escolares e Jovens)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - O Diogo é operado (2 aos 4 anos) - O Diogo vai ao Hospital (2 aos 4 anos) - O Nuno vai ao hospital (2aos 4 anos) - A Anita no Hospital (3 aos 6 anos) - A Camila está doente (3 aos 6 anos) - A visita do Bolinha ao Hospital (3 aos 6 anos) - O Hospital dos pequeninos (3 aos 6anos) 	<ul style="list-style-type: none"> - Folhas brancas - Lápis para colorir - Desenhos alusivos à cirurgia para colorir 	<ul style="list-style-type: none"> - Brinquedos - Playmobil® (sala de operações e quarto de Hospital) – <i>pré-escolar/escolar</i> - Puzzle do corpo humano - <i>escolar</i> - Jogo sistemas do corpo Humano (9 aos 12 anos) - Material hospitalar de brincar (estetoscópio, seringa, termómetro) <i>pré-escolar/escolar</i>

PREPARAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA DA CRIANÇA/JOVEM E
FAMÍLIA EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO

N.º

DATA:

ANEXO
IV



PREPARAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA DA CRIANÇA/JOVEM E FAMÍLIA EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO

N.º

DATA:

ANEXO V

Palavras/ expressões a evitar:	Sugestão
injeção, picar, picada de agulha, agulha	Colocar um medicamento por baixo da pele
Contar ou tirar	Conversar, arranjar
incisão	Abertura especial
Anestesia	sono especial
Cateter	Tubo
Fenda	Dor-dor
Orgão	Lugar especial no corpo, uma parte do corpo ou um lugar no corpo
Exatidão	Ver como o coração está a funcionar (exemplo)
Estímulos	Alucorantes
Corte	Abertura especial, risquinho na pele
Maca	Cama com rodas
Fazes	Palavra que é usada pela criança
Dor	Palavra usada pela criança
Esma	inchaço, alto
Sonolento	Dormiente com sono
Medir a temperatura	Ver se está quente, ver se tem febre
Medir (tensão)	Pode apertar um bocadinho, é uma braçadeira como a da prata
Teste ou análise	Vamos ver como está o teu sangue... urina...
Monitor (da tensão)	Ecrã de televisão

Adaptado: ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011c) - Guia Orientador de boas práticas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, cadernos da Ordem dos enfermeiros, série I, Nº 2, Volume 2 – pp.49

Referências:
 - WOODHURST, Jane, WILSON, David (2011) *Guia Orientador de Enfermagem Pediátrica* (2ª ed.) Rio de Janeiro: Medsi, Cia. Lda.
 - ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011c) - Guia Orientador de boas práticas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, cadernos da Ordem dos enfermeiros série I, Nº 2, Volume 2
 - ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011a) - Guia Orientador de boas práticas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, cadernos da Ordem dos enfermeiros série I, Nº 2, Volume 2
 - ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011b) - Guia Orientador de boas práticas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, cadernos da Ordem dos enfermeiros série I, Nº 2, Volume 2

Atualizado: Janeiro/2013

Os pais são parceiros da equipa de saúde para cuidar melhor da criança, pois conhecem os seus filhos como ninguém. Ajude-o a superar o medo da cirurgia

Garanta-lhe que vai estar com ele e que vai poder levar para o hospital alguns objetos de que gosta mais (para o pós-operatório)

Aspetos Gerais:

- Ouça o que o seu filho tem para dizer
- Seja verdadeiro
- Deixe que ele exprima os seus medos, vai ajudá-lo a controlá-los
- Respeite os seus medos, mas não lhe demonstre preocupação
- Explique ao seu filho que ter medo é normal e ajude-o a compreender as suas razões
- Elogie o seu filho por ser capaz de falar e dominar o seu medo
- Brinque com seu filho na fase pré-operatória para o distrair
- Ensine-lhe a respirar fundo, treinando em casa

Informação a dar ao seu filho sobre a cirurgia, de acordo com a sua idade:

Dos 3 aos 6 anos:

- Dê explicações simples, frases curtas, palavras neutras (anestesia=cheirinho que faz sono, sala de recovo=sala onde se acorda – ver sugestões no verso do folheto)
- De preferência converse 3 dias antes da cirurgia, (com 5 anos a conversa poderá ser 4 a 5 dias antes da cirurgia)
- Brinque com a criança aos enfermeiros, aos médicos e ao hospital
- Assegure-lhe que a cirurgia é uma forma de resolver um problema e não é um castigo por alguma coisa que ele tenha feito

Centro Hospitalar do

O meu filho vai ser operado....

Como posso ajudá-lo a superar o medo da cirurgia?



- Fale da sequência e da duração dos eventos que vai viver, usando referências temporais que ele conhece, exemplo: vais estar na sala do soninho o mesmo tempo da música do panda.
- Medos mais frequentes nesta idade: Medo do escuro, de ficar sozinho, ruidos fortes, medo da aniquilação (perder partes do corpo em certos procedimentos), objetos ou pessoas associadas a dor, assuntos sexuais (castração), animais, fantasmas, monstros, bruxas, da própria morte (aos 5 anos)

Dos 7 aos 11 anos:

- Converse com o seu filho uma semana antes
- Incentive que este faça perguntas e que fale das suas preocupações
- Explique como vai ver o seu corpo depois da cirurgia
- Faça teatros com o seu filho sobre a cirurgia
- Leve para o hospital o que o distraí, para o pós-operatório (conforme a indicação do profissional de saúde)
- Medos mais frequentes nesta idade: escuro, de serem raptadas, de necessitarem de uma cirurgia, da morte, Seres sobrenaturais (7-8 anos), Aparência física (9 aos 12 anos), Desempenho escolar (9 aos 12 anos), Ferimentos físicos (9 aos 12 anos), medo de acordar durante a cirurgia e o medo de não acordar

Mais de 12 anos:

- Explique-lhe o que vai acontecer
- Incentive a colocar dúvidas e participar em decisões
- Respeite a sua privacidade
- Aconselhe-o a esclarecer dúvidas com profissionais de saúde e não na internet
- Aconselhe-o a levar para o hospital o que o distraí, para o pós-operatório (livros, revistas conforme a indicação do profissional de saúde)
- Lembre-se que os medos mais frequentes nesta idade estão relacionados com: Perda do controlo, Desempenho social, Sexualidade

APÊNDICE XXIII

PLANO DE SESSÃO

Tema: Cuidar da criança e família no pré-operatório em contexto de internamento: um contributo do enfermeiro – projeto de Estágio

Sessão nº1

Destinatários: Enfermeiros do serviço de internamento de Pediatria

Formador:

Susana Isabel de Jesus Costa

N.º

mec.

82672

Local: Serviço de internamento de Pediatria

Data: 11/02/2013

Hora: 14:30

Duração prevista: 35min

Objetivos Geral

- Sensibilizar a equipa de Enfermagem para a importância da preparação pré-operatória da criança e família.

Objetivos Específicos

- Discutir com os colegas a importância da implementação da preparação pré-operatória da criança e família;
- Apresentar o Projeto de Preparação pré-operatória a implementar no serviço de internamento de Pediatria;
- Discutir o folheto a utilizar no âmbito da preparação pré-operatória dirigida à criança e família do serviço de internamento;
- Apresentação do Kit a utilizar na preparação pré-operatória;
- Esclarecer possíveis dúvidas acerca do programa proposto

Etapas	Conteúdos	Método	Recursos	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação e contextualização do Problema - Objetivos do Projeto - Cronograma 	Expositiva	Computador Apresentação o powerpoint	5'
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Fundamentação - Preparação pré-operatória da criança e Família - Programa de preparação pré-operatória dirigida à criança e Família em contexto de internamento - Kit de preparação Pré-operatória - Folheto Informativo - Norma de procedimento - Registos de Enfermagem - Sugestões para implementação do programa - Casos práticos 	Expositiva e ativo (discussão em grupo)	Computador, Apresentação o powerpoint Folheto Kit de preparação pré-operatória Norma de procedimento	25'
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Dúvidas - Avaliação da sessão 	Ativo	Questionário	5'

APÊNDICE XXIV

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Avaliação da Sessão de Formação

Com este questionário pretende-se conhecer a sua opinião sobre a sessão de formação que assistiu.

De acordo com as seguintes questões, assinale com X o número que representa a sua opinião, tendo presente que:

Insuficiente – 1 Suficiente – 2 Bom – 3 Muito Bom – 4 Excelente – 5

1. Considera que os **objetivos** da sessão foram atingidos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. Como classifica a **utilidade** da sessão de formação para a melhoria da qualidade de cuidados?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. Foram abordados **conteúdos** que considera importantes?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. Como classifica o **formador** quanto ao domínio dos conteúdos apresentados?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. Como classifica o **formador** na clareza de transmissão dos conhecimentos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. Os diapositivos foram adequados à mensagem transmitida?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. A duração da formação foi adequada?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8. O horário da formação foi adequado?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9. Comentários e sugestões

Obrigada pela sua colaboração!