

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

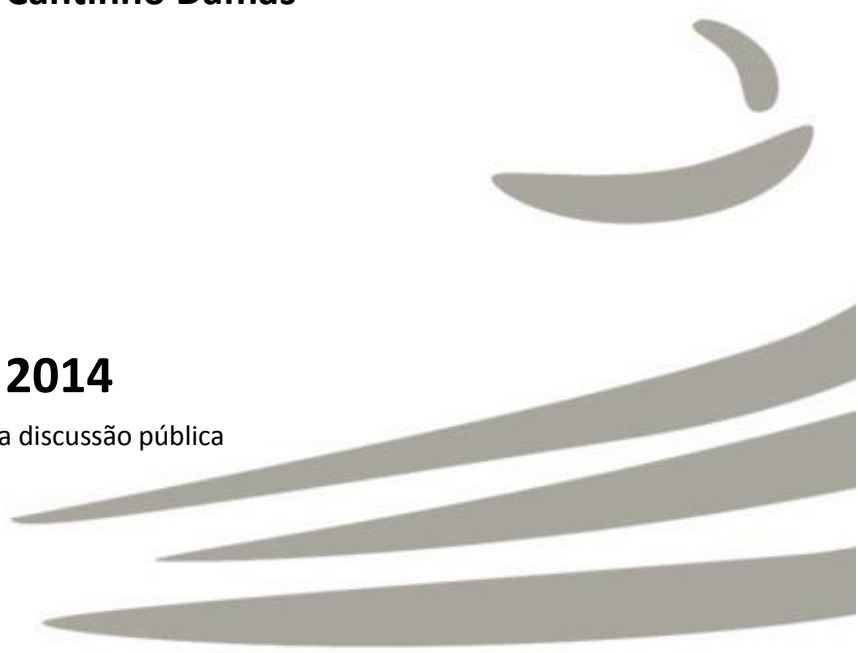
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Preparação pré-operatória da criança em idade escolar e família em situação de urgência

Ana Filipa Cantinho Damas

2014

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Preparação pré-operatória da criança em idade escolar e família em situação de urgência

Relatório de Estágio

Ana Filipa Cantinho Damas

Professora Orientadora

Maria Filomena Abreu Sousa

2014

A decorative graphic in the bottom right corner of the page, consisting of several overlapping, curved, grey shapes that resemble a stylized smile or a series of waves.

“sejamos a mudança que
desejamos ver no mundo”

Gandhi

AGRADECIMENTOS

Todas as palavras serão insuficientes para expressar o meu agradecimento a todos aqueles que me acompanharam no percurso que fiz até ao resultado deste trabalho, contribuindo para que a sua elaboração se tornasse uma realidade.

À professora Filomena Sousa,
pela disponibilidade e orientação ao longo deste semestre...

À Enfermeira Teresa Martins, enfermeira chefe do serviço de urgência de pediatria,
à Enfermeira Isabel Dias e a todos os restantes colegas de serviço, pela sua
disponibilidade e partilha...

Aos Enfermeiros Chefes, Enfermeiros Orientadores e colegas dos diversos locais de
estágio, pela amabilidade e simpatia com que me acolheram.

Às crianças e suas famílias,
sem elas este trabalho não faria sentido!

Aos Professores e colegas de Mestrado,
pela partilha de conhecimentos, apoio, estímulo e críticas...

À Ânia, à Filipa e à Carla,
porque sem o incentivo delas não teria chegado até aqui...

À Mariana, pela minha ausência!

Ao Francisco, pelo seu apoio incondicional...

À minha família...
por partilhar comigo angústias, receios, aprendizagens e alegrias...

O meu muito Obrigada!

RESUMO

A cirurgia de urgência é um acontecimento inesperado em que uma criança não preparada pode desenvolver comportamentos negativos associados a esta situação. O início abrupto de doença ou a ocorrência de um traumatismo que necessita de ser submetido a um procedimento cirúrgico deixa pouco tempo para preparações e explicações. No entanto, uma preparação pré-operatória orientada de forma correta permite à criança em idade escolar e família uma adaptação ao seu novo e inesperado papel. No período que antecede a cirurgia, quando possível, devem ser fornecidas à criança, de acordo com o seu nível de desenvolvimento cognitivo, explicações honestas, curtas e simples. Nas situações em que não é possível fazer a preparação pré-operatória, o apoio psicológico após o evento é bastante importante, sendo relevante avaliar o que a criança pensa a respeito do acontecimento e dos procedimentos efetuados, para que possa através do modo que for mais apropriado às suas características, elaborar as suas emoções e adquirir uma compreensão adequada e real do que lhe aconteceu e porquê.

A preparação da criança e família para a cirurgia permite uma adaptação a esta situação. É uma intervenção autónoma de Enfermagem, inserida num contexto de atuação multiprofissional. O modelo de adaptação de Callista Roy é adequado ao desenvolvimento de um plano de cuidados de enfermagem às crianças submetidas a cirurgia de urgência uma vez que estão implicadas muitas adaptações físicas, psicológicas e sociais.

Este relatório surge de um projeto de estágio com posterior realização de um estágio em diferentes contextos, pelo que contempla uma síntese da análise e da reflexão do percurso vivido, com o intuito de desenvolver e adquirir competências específicas de Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediatria.

Palavras-Chave: cirurgia de urgência; adaptação; criança; família; preparação pré-operatória.

ABSTRACT

Emergency surgery is an unexpected event in which an unprepared child may develop negative behaviors associated with this situation. The abrupt onset of a disease or the occurrence of a trauma that needs to undergo a surgical procedure leaves little time for preparation and explanations. Nevertheless, a preoperative and correctly oriented preparation enables school-aged children and their family to adapt to their new and unexpected role. When possible, in the period before surgery, honest, short and simple explanations should be provided to the child and these explanations should be adjusted to their level of cognitive development. When it is not possible to do this preoperative preparation, psychological support after the event is very important and it is relevant to assess what the child thinks about the event and the procedures performed. Therefore, the child can elaborate their emotions in the most appropriate way and acquire an adequate and real understanding of the event that happened and why.

The preparation of the child and their family to surgery allows an adaptation to this situation. It is an autonomous nursing intervention, embedded in a context of multidisciplinary action. The adaptation model of Callista Roy is appropriate to the development of a nursing care plan for children undergoing emergency surgery because there are many physical, psychological and social adaptations involved.

This report was produced within an internship project and subsequent internship in different contexts. It includes a summary of the analysis and reflection about the experience, in order to develop and acquire specific skills of Nurse Specialist in Children's Health and Pediatrics.

Keywords: emergency surgery; adaptation; child; family; preoperative preparation.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABREVIATURAS

Enf^a/Enf^o – Enfermeira/Enfermeiro

ex – exemplo

n^o – número

SIGLAS

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AVD – Atividades de Vida Diária

BO – Bloco Operatório

CHLN – Centro Hospitalar Lisboa Norte

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

EMLA – Eutectic Mixture of Local Anesthetics

INEM – Nacional de Emergência Médica

IVG – Interrupção voluntária de Gravidez

NACJR – Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco

OE – Ordem dos Enfermeiros

PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

REPE – Regulamento para o Exercício Profissional de Enfermagem

RN – Recém-Nascido

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SUP – Serviço de Urgência de Pediatria

TAC – Tomografia Axial Computorizada

UCERN – Unidade de Cuidados Específicos ao Recém-Nascido

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCPA – Unidade Cuidados Pós-Anestésicos

USF – Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. PROBLEMÁTICA E SUA JUSTIFICAÇÃO	12
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
2.1 A importância da preparação pré-operatória da criança e família	15
2.2 A preparação para a cirurgia da criança em idade escolar e família	21
2.3 O modelo de adaptação de Callista Roy.....	25
3. PERCURSO NO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA.....	32
3.1. Atividades desenvolvidas e competências adquiridas	33
3.2. Aspectos éticos que orientaram o meu percurso.....	60
4. CONCLUSÃO.....	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE I – Consentimento dos pais para a realização de fotografias

APÊNDICE II – Cronograma do 3º semestre

APÊNDICE III – Exemplos de reflexões realizadas no estágio

APÊNDICE IV – Folheto de informação ao país: "O meu filho vai ser operado"

APÊNDICE V – Folheto informativo sobre os reflexos do recém-nascido

APÊNDICE VI – Formação apresentada: plano, apresentação e avaliação da sessão de formação

APÊNDICE VII – Guia de preparação pré-operatória à criança em idade escolar

APÊNDICE VIII – Grelha de interação

APÊNDICE IX – Norma de preparação pré-operatória à criança e família

APÊNDICE X – Objetivos dos campos de estágio

APÊNDICE XI – Pedido de autorização das fotografias ao conselho de administração do hospital

APÊNDICE XII – Quadro das características dos diferentes estádios de desenvolvimento

APÊNDICE XIII – Quadro dos medos conforme as etapas de desenvolvimento

APÊNDICE XIV – Tipologia de indicadores de adaptação positiva e tipologia de problemas de adaptação de recorrência comum

ANEXO I – Declaração da formação e Folheto Informativo sobre o “Brincar Terapêutico”

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de estágio integra-se no âmbito do plano curricular do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. A sua realização pretende apresentar e analisar o percurso formativo no desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediatria (EESIP) e ser objeto de discussão pública para obtenção do grau de Mestre. A sua elaboração assenta num carácter reflexivo e descritivo, integrando as competências analíticas e de síntese próprias da formação do nível de Mestrado. Tem como objetivos refletir sobre o trabalho desenvolvido no 3º Semestre do Curso e sobre as competências e saberes desenvolvidos durante o ensino clínico.

O Enfermeiro Especialista é aquele que detém um conhecimento aprofundado num domínio específico da Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde. Assume ainda demonstrar níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão (Regulamento nº122/2011, Diário da República). O enfermeiro especialista, presta "...além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade" (Decreto-Lei nº161/96 de 4 de Setembro, p. 2960).

Perspetivando o meu percurso de formação no sentido de desenvolver competências de enfermeira especialista, tendo em conta as diferentes dimensões do exercício de enfermagem, pretendo que haja uma lógica integradora de saberes e a fundamentação do exercício de enfermeiro especialista.

A realização deste relatório foi precedida de um projeto de aprendizagem realizado anteriormente. A temática abordada surgiu do meu crescente interesse sobre "a preparação pré-operatória da criança" e da reflexão crítica sobre o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Ao desempenhar funções como enfermeira numa Urgência de Pediatria até ao início do ensino clínico, constatei com frequência que a criança e a família submetidas a cirurgia de urgência apresentam comportamentos negativos. Esta problemática foi igualmente percebida pelos enfermeiros do referido serviço. Surgiu assim a ideia de planear um projeto de intervenção que se intitula "A preparação pré-operatória da criança em idade escolar e família em situação de urgência", com o objetivo de

ajudar a criança e família na sua adaptação à nova situação de saúde. Foi selecionado este grupo etário por ter constatado ser este o período de crescimento e desenvolvimento em que houve um maior número de cirurgias de urgência em 2011 e no primeiro trimestre de 2012 na instituição onde trabalhei.

A preparação pré-operatória pode reduzir a ansiedade, comportamentos negativos e inadequados no pós-cirúrgico, e ser eficaz para reduzir a ansiedade dos pais (Broering & Crepaldi, 2008). Segundo os artigos nº 4 e 8 da Carta da Criança Hospitalizada, “As crianças e os pais têm o direito de receber uma informação adaptada à sua idade e compreensão. As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo”, e “A equipa de saúde deve ter formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e da família” (Instituto de Apoio à Criança, 2008), sendo o enfermeiro um dinamizador de todo o processo de preparação para a cirurgia, uma vez que faz parte das suas intervenções autónomas a preparação dos doentes para todo e qualquer procedimento.

Partindo destes pressupostos, foram definidos dois objetivos gerais para este projeto de intervenção clínica:

1. Desenvolver competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria que permitam prestar cuidados globais e individualizados;
2. Desenvolver competências para preparar a criança em idade escolar e família para a intervenção cirúrgica em situação de Urgência.

Uma vez que no período pré e pós-operatório estão implicadas muitas adaptações físicas, psicológicas e sociais (Dawson, 2003), fundamentei este trabalho no modelo de adaptação de Callista Roy. Este modelo pareceu-me adequado ao desenvolvimento de um plano de cuidados para doentes cirúrgicos.

O presente relatório está estruturado em cinco capítulos. Numa fase inicial é apresentada a problemática, definindo e limitando a área do problema e expondo a sua justificação. No segundo capítulo é efetuado o enquadramento teórico onde é abordada a importância da preparação da criança e família para a cirurgia,

evidenciando a preparação pré-operatória da criança em idade escolar e família. No mesmo capítulo faço referência aos pressupostos do modelo teórico de adaptação de Callista Roy, base de sustentação teórica do trabalho apresentado. No terceiro capítulo são descritas as atividades desenvolvidas, as competências adquiridas e os aspectos éticos que orientaram o meu percurso. Por último apresento a conclusão do trabalho efetuado e as referências bibliográficas utilizadas na sua execução. Em anexo encontram-se todos os dados considerados relevantes para a construção do relatório. Para a sua elaboração recorreu-se à pesquisa bibliográfica, à reflexão, análise e partilha de experiências.

A metodologia utilizada na redação deste relatório foi descritiva, analítica e reflexiva, de forma a sistematizar os conhecimentos adquiridos ao longo das diferentes experiências. A análise da prática desenvolveu-se à luz do ciclo reflexivo de Gibbs (1988), citado por Jasper (2003). Este processo foi importante para a minha aprendizagem, pois permitiu-me estruturar a reflexão, analisando as situações de uma forma crítica e produzindo conhecimento através da mesma.

1. PROBLEMÁTICA E SUA JUSTIFICAÇÃO

A cirurgia pode surgir em diferentes contextos na vida da criança. Pode estar relacionada com uma situação imprevista (urgência/emergência ou agudização de uma doença crónica), ou ser efetuada de forma programada (para intervenções terapêuticas, cirúrgicas ou diagnosticas). Seja qual for a circunstância, a doença e a hospitalização podem desencadear na vida da criança/família momentos de crise, não só porque alteram as suas rotinas, como a confrontam com novas e difíceis situações para as quais não está preparada (Machado & Sousa, 2007). O ato cirúrgico é, por si só, potenciador de ansiedade e exacerbador de medos e ideias pré-concebidas.

A cirurgia surge na vida da criança e da família como um fator adverso, provocando desequilíbrios fisiológicos, psicológicos e sociofamiliares (Pimentel, 2001). Produz elevados níveis de ansiedade para os doentes pediátricos, podendo provocar importantes sintomas/perturbações psicológicas. É vulgarmente acompanhada de procedimentos invasivos e dolorosos, quer no período que a precede como no pós-operatório, gerando *stress*¹ nos elementos familiares, levando à ansiedade² e ao medo³.

A cirurgia é algo desconhecido na vida da maioria das crianças, sendo aceitável que frente a tantas dúvidas e poucas certezas, surjam muitas fantasias. A imaginação das crianças pode agravar o estado de medo, levando-as a distorcer o que supõem ser a cirurgia (Broering & Crepaldi, 2008). O período que antecede a cirurgia é acompanhado de grande carga emocional para toda a família, mas principalmente para a criança, que por vezes apresenta alterações de comportamento que se manifestam de forma variada e por vezes por períodos prolongados. Sempre que seja possível, é relevante que seja feita a preparação da criança/família para todas as intervenções e procedimentos a que tenha de ser submetida enquanto hospitalizada (Machado & Sousa, 2007).

¹ Pode definir-se *stress*, "...sentimento de estar sob pressão e ansiedade ao ponto de ser incapaz de funcionar de forma adequada física e mentalmente...", (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011, p.77).

² A ansiedade é uma emoção negativa, traduzindo-se por sentimentos de ameaça, perigo ou angústia (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011).

³ O medo (emoção negativa) traduz-se por sentir-se ameaçado, em perigo ou perturbado devido a causas conhecidas ou desconhecidas, por vezes acompanhado de uma resposta fisiológica do tipo lutar ou fugir (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011).

Para Hockenberry & Wilson (2011), preparar a criança para o procedimento minimiza a sua ansiedade, promove a sua cooperação, apoia a sua capacidade de lidar com a situação e pode levá-la a desenvolver novas habilidades, além de promover uma sensação de domínio ao experimentar um evento potencialmente stressante. As crianças e os pais necessitam de preparação pré-operatória antes da cirurgia e é da responsabilidade do enfermeiro desenvolver estratégias de preparação que irão atender às necessidades específicas dos mesmos (O'Conner-Von, 2000). Como na cirurgia programada, para diminuir o impacto potencialmente traumático de uma intervenção cirúrgica e atenuar o risco de sintomas/perturbações emocionais a ela associados, a criança e família submetida a cirurgia de urgência devem ser adequadamente preparadas, promovendo a sua adaptação à nova situação surgida. Pude verificar em contexto profissional (serviço de urgência de pediatria) que a preparação pré-operatória das crianças e famílias submetidas a cirurgia de urgência é feita esporadicamente e de forma inadequada. Para sua validação, em Julho de 2012 foi efetuado um questionário à equipa de enfermagem do serviço⁴ e foram feitas reuniões informais com a enfermeira chefe e equipa de enfermagem, do qual resultou a necessidade de criar um programa de intervenção de enfermagem de preparação pré-operatória, de forma a promover a adaptação da criança e família à cirurgia de urgência. Perante a problemática referida propus-me no âmbito do estágio aprofundar conhecimentos sobre a preparação pré-operatória da criança e família em situação de urgência.

Os enfermeiros com intervenção em cuidados pediátricos têm presente que a implementação de uma boa prática na preparação da criança e família para a cirurgia contribui para a qualidade nos cuidados de enfermagem (OE, 2011), no entanto, na prática, nem sempre esta preparação é feita de uma forma estruturada e sistematizada pelos profissionais. O papel do enfermeiro no contexto pediátrico é imprescindível na realização de uma preparação pré-operatória consistente, onde é englobada a criança e a sua família. No período pré e pós-operatório estão implicadas muitas adaptações físicas, psicológicas e sociais, sendo um processo de crescimento e desenvolvimento. O enfermeiro vai permitir uma adaptação do doente (criança e família) à sua nova situação e ambiente, pelo que as atividades e

⁴ Apesar de ter desenvolvido este projeto e de ter sofrido uma mudança de serviço no início do ensino clínico, este terá continuidade pelos colegas do Serviço de Urgência Pediátrica.

intervenções de enfermagem são necessárias para facilitar ao doente (criança e família) adaptações bem sucedidas (Dawson, 2003).

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Para aprofundar o estudo sobre *a importância da preparação pré-operatória da criança e família para a cirurgia e a preparação para a cirurgia da criança em idade escolar e família*, foi realizada uma revisão da literatura, que segundo Fortin tem por objetivo “determinar o que foi escrito sobre um tema e clarificar como este foi estudado” (2009, p.87), fornecendo-nos informações para colocar questões e analisar a prática.

Sendo a preparação pré-operatória a promoção da adaptação da criança e família à nova situação de saúde, ancorei o trabalho no *modelo de Callista Roy*.

2.1 A importância da preparação pré-operatória da criança e família

As crianças que passam por procedimentos cirúrgicos exigem uma preparação psicológica e física (Brown, 2011). A preparação da criança para a cirurgia é uma intervenção autónoma de Enfermagem, inserida num contexto de atuação multiprofissional. A preparação para a hospitalização e cirurgia “...afigura-se como a melhor forma de diminuir a ansiedade e desmistificar medos, uma vez que a criança terá sempre mais medo do desconhecido do que daquilo que conhece” (Oliveira, Ladeiras, Pereira & Silvestre, 2005, p.205). Para as mesmas autoras, a preparação física, e essencialmente, a preparação psicológica constituem uma atividade independente do enfermeiro, pelo que este se deverá dotar de competências para apoiar e preparar a criança e sua família neste processo, desencadeando nas mesmas uma sequência de comportamentos e estratégias de adaptação, de forma a conseguirem lidar com os desafios mantendo sempre o equilíbrio.

A preparação para a cirurgia proporciona à criança e família a aquisição de competências para enfrentar uma situação desconhecida sendo a melhor forma de diminuir a ansiedade e medos. Segundo Huerta (1996), uma criança não preparada para a cirurgia pode desenvolver sintomas psico-emocionais pós-cirúrgicos associados à cirurgia, tais como: fobias, pesadelos, insónia, enurese noturna e diurna, distúrbios da linguagem, medo de pessoas vestidas de branco, incapacidade

de interagir com outras crianças e de brincar, agressividade e ansiedades. Por vezes estas parecem ter sido bem dominadas no período da cirurgia, mas que podem ser reativadas em crises futuras, como na crise normal da adolescência. Também a mesma autora refere que a criança não preparada pode perceber a experiência como um ataque hostil, um abuso, uma violência, o que pode levá-la a perder a confiança nos adultos que lhe são próximos, particularmente naqueles mais significativos da sua vida, seus pais, com tudo o que isso acarreta para o seu desenvolvimento emocional (Huerta, 1996).

Em situações de Urgência, devido às condições físicas da criança e o período pré-operatório reduzido, por vezes não é possível fazer a preparação pré-operatória, sendo importante avaliar posteriormente o que a criança pensa a respeito do acontecimento e dos procedimentos efetuados. No entanto, segundo Pimentel (2001), o período pré-operatório é considerado como essencial no decurso da experiência cirúrgica e quando é possível fazer uma preparação pré-operatória orientada de forma correta permite à criança e família uma adaptação ao seu novo e inesperado papel, contribuindo para que o seu nível de incerteza seja reduzido e diminuindo o nível de ansiedade perante a cirurgia.

Para Sanders (2011), a partir da informação recolhida, o enfermeiro fornece novas informações baseadas no que já foi compreendido, pelo que é importante intervir no pós-operatório, retomando informações sobre procedimentos, esclarecendo dúvidas sobre o que foi realizado, para que a criança possa elaborar as suas emoções e adquirir uma compreensão adequada e real do que lhe aconteceu e porquê.

Os cuidados de enfermagem na pediatria foram-se modificando ao longo do tempo, sendo a parceria de cuidados, os cuidados centrados na família e os cuidados não traumáticos fruto desta evolução. As investigações na área da Psicologia foram contributos importantes para tal, evidenciando o impacto negativo que a experiência de doença e hospitalização têm na vida da criança e na família, mas também nas estratégias que tornam o ambiente hospitalar promotor de bem-estar, facilitando a sua adaptação (Barros, 2003). Para Brown (2011) muitos dos procedimentos pediátricos são experiências stressantes e dolorosas para a criança e família pelo que na sua maioria o foco dos cuidados abrange a preparação psicológica.

Da leitura de vários estudos, como por exemplo Huerta (1996), Moro & Módulo (2004), Pimentel (2001), Justus et al (2006), Broering & Crepaldi (2008), Teixeira & Figueiredo (2009) e Andraus, Minamisava & Munari (2012), depreende-se a importância da necessidade de preparação da criança e família para a cirurgia e procedimentos invasivos. Broering & Crepaldi (2008) referem que a preparação para a cirurgia reduz a ansiedade, comportamentos negativos e inadequados no período pós-cirúrgico, e ser eficaz para reduzir a ansiedade dos pais. Barros (2003), defende que existe uma ligação entre o medo e a ansiedade dos pais, e o que é experimentado pelas crianças no pré-operatório, sendo as causas identificadas: a separação da criança, a observação do seu comportamento de medo, as preocupações relacionadas com a anestesia, a cirurgia e a dor. Para Moro & Módulo (2004), a ansiedade pré-operatória na criança é caracterizada por tensão, apreensão, nervosismo e preocupação, podendo ser expressa por diversas formas. Alterações de comportamento no pós-operatório como enurese noturna, distúrbios alimentares, apatia, insónia, pesadelos e sono agitado podem ser resultado desta ansiedade, e em algumas crianças estas alterações podem persistir até um ano (Moro & Módulo, 2004).

O doente cirúrgico, dependendo do tipo de anestesia a que irá ser submetido, necessita de cuidados que visam não só o tratamento da sua patologia específica, mas também, "...os exigidos por patologias associadas que possam existir, por necessidades físicas e psíquicas que não possa exprimir, mas que estão presentes; manutenção da sua integridade física, prevenção da infecção e acidentes" (Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP) 2006, p.7). A pertinência em identificar os problemas e as necessidades globais da pessoa que vai ser operada leva a que, antes da cirurgia, o enfermeiro inicie um processo de relação onde desenvolve competências nas áreas da comunicação, relação e educação para a saúde (AESOP, 2006).

Segundo Huerta (1996) a preparação pré-operatória exige recursos que podem ser divididos em duas categorias: materiais e humanos. Os materiais dizem respeito à utilização de objetos palpáveis que complementam a explicação, ajudando-as a familiarizarem-se com os objetos (máscaras, gorros, entre outros), o uso de folhetos e livros (sobre histórias de crianças vivenciando situações similares à enfrentada pela criança), desenhos de traçados simples (representando menino ou menina,

para suplementar a explicação) e papel e lápis. Nos recursos humanos destaca como necessário:

- habilidades de comunicação verbal e não-verbal, para estabelecer e manter um relacionamento significativo e de confiança com a criança e sua família, o que exige conhecimento dos processos de crescimento e desenvolvimento, e também de dinâmica familiar;
- ter habilidade para trabalhar em equipa multidisciplinar, com o objetivo de obter informações detalhadas sobre o tipo de cirurgia, tipo de anestesia que se pretende utilizar, condições pós-operatórias esperadas, para dar consistência e continuidade à preparação;
- criatividade, para independentemente dos recursos materiais ao seu dispor, adaptar meios que a auxiliem na preparação pré-operatória.

Na maioria das vezes, o ambiente onde normalmente o profissional de enfermagem estabelece um primeiro contacto com a criança e família só por si constitui um fator de grande ansiedade que acaba por influenciar as reações emocionais que a pessoa possa ter em resposta aos cuidados prestados pelos enfermeiros. Como já foi referido, o medo é uma das emoções mais comuns e pode incluir um conjunto de outras, tais como a ansiedade, a apreensão, o nervosismo, a preocupação, a consternação, o receio, a aflição, entre outros. Brazelton (1994) defende que, mais do que o medo que sentem em relação à dor, o novo e o desconhecido constituem os principais fatores que potenciam o stress e a ansiedade das crianças e das famílias. Squires (1995), citado por Justus et al (2006) define alguns benefícios dos programas de preparação, que incluem: o aumento de conhecimento, o reforço das estratégias de aceitação, diminuição da ansiedade, diminuição dos medos e mais confiança nas famílias e prestadores de cuidados de saúde. Os pais por sua vez, preparados adequadamente para a cirurgia, estarão melhor habilitados a participar de maneira mais apropriada nos cuidados pós operatórios e a cuidar após a alta hospitalar (Barros, 2003; Andraus et al, 2012).

Na preparação da criança para a cirurgia os enfermeiros implementam um conjunto de estratégias organizadas com o intuito de minimizar o medo e a ansiedade da criança e família. A preparação para a cirurgia proporciona à criança/família a

aquisição de competências para enfrentar uma situação desconhecida sendo a melhor forma de diminuir a ansiedade e o medo.

A preparação para a cirurgia deve abranger o pré-operatório, o peri-operatório e o pós-operatório imediato e posterior, segundo Bess d'Alcantara (2008), citando Broering & Crepaldi (2008). Para Andraus et al, (2012), os cuidados de enfermagem no pré-operatório visam a melhoria das condições gerais da criança para o ato anestésico-cirúrgico. A preparação da criança no pré-operatório é crucial para o sucesso da cirurgia. Esta deverá ser feita de acordo com a idade, do tipo de cirurgia, das condições da criança e da sua família. Os resultados refletem-se na resposta positiva da criança após o procedimento, na colaboração dos pais nos cuidados, maior segurança quando da alta hospitalar, menor uso de medicamentos (antibióticos e analgésicos) e menos dias de hospitalização (Andraus et al, 2012).

Em situação de urgência, o início abrupto de doença ou a ocorrência de um traumatismo que leva a criança a ser submetida a um procedimento cirúrgico urgente, deixa pouco tempo para preparações e explicações (Sanders, 2011). Nas situações em que devido às condições físicas da criança não é possível fazer a preparação pré-operatória, o apoio psicológico após o evento é bastante importante, sendo relevante avaliar o que a criança pensa a respeito da admissão e dos procedimentos com ela relacionados (Huerta 1996; Sanders, 2011). Nestas situações o enfermeiro ouve as explicações dadas pelas crianças, pelo que este período "...deve ser amplamente aproveitado, de modo a que a criança possa, através do método que for mais apropriado às suas características, elaborar suas emoções e adquirir, assim, uma compreensão adequada e real do que lhe aconteceu e porquê" (Sanders, 2011, p.21).

Uma situação de Urgência, segundo a American Hospital Association (1972), citando Mateus (2007), requer atenção médica no espaço de algumas horas. No período que antecede a cirurgia, se for possível, devem ser fornecidas à criança, de acordo com o seu nível de desenvolvimento cognitivo, explicações honestas, curtas e simples, que transmitam confiança no procedimento e seus resultados (Roskies, citado por Huerta, 1996) e (Moro & Módolo, 2004). Assim, as estratégias utilizadas

na preparação pré-operatória em Cirurgia de Urgência⁵ devem ter em consideração a idade, o nível de desenvolvimento cognitivo da criança/jovem, o estilo de confronto/personalidade, experiências hospitalares anteriores, tipo de cirurgia (Huerta, 1996; Barros, 2003; Moro & Módolo, 2004; Andraus et al, 2012) e o período para ser realizada a preparação pré-operatória, (Moro & Módolo, 2004).

Na preparação para a cirurgia são utilizadas muitas das mesmas técnicas usadas na preparação de uma criança para a hospitalização, como filmes, livros, brochuras e brincadeiras, no entanto existem algumas diferenças importantes, pois as crianças são submetidas a numerosos procedimentos pré e pós-operatórios (Brown, 2011). Para este autor, os períodos de maior *stress* incluem o processo de internamento, os exames sanguíneos, a medicação pré-operatória (se prescrita), o transporte até a sala de cirurgia e a permanência na UCPA.

Do resultado da leitura de vários estudos (Huerta, 1996; Sanders 2011; Andraus et al, 2012), pode afirmar-se que existem vários métodos/técnicas usadas na preparação pré-operatória: transmissão de informações, a modelagem (uso do brinquedo de dramatização), a brincadeira terapêutica (uso do brinquedo terapêutico), a dessensibilização e a distração. Dos métodos/técnicas usadas evidencio as suas principais características:

- *Transmissão da informação*: Os pais devem ser esclarecidos e estimulados a participar ativamente no tratamento dos filhos, contribuindo com a sua presença e afeto, independentemente da gravidade da situação ou do prognóstico. Manter os pais informados da situação clínica da criança e do período de tempo da cirurgia é importante para acalmar e dar conforto aos pais (Andraus et al, 2012).
- *Brincadeira terapêutica*: é usada para ajudar as crianças a lidarem com as suas preocupações e medos, sendo uma modalidade não orientada (Sanders 2011). A enfermeira não pode sugerir quais os brinquedos que a criança deve utilizar, nem tentar conduzir a brincadeira (Huerta, 1996).
- *Brincadeira dramática*: é uma técnica para expressar emoções, permitindo que as crianças encenem as situações que fazem parte das suas

⁵ Cirurgia efetuada sem data de realização previamente marcada, por imperativo da situação clínica da pessoa (Lopes, 2013).

experiências no hospital, utilizando como suporte: bonecos ou fantoches, réplicas de equipamentos hospitalares ou algum equipamento verdadeiro (Huerta, 1996; Sanders 2011). Estas possibilitam às crianças de aprenderem sobre os procedimentos e eventos que as preocupam (Sanders, 2011) ou a descarregar a tensão após os mesmos (Huerta, 1996).

- *Dessensibilização*: é uma intervenção terapêutica desenvolvida para eliminar o comportamento de medo e síndromes de evitamento, onde uma resposta de ansiedade a um estímulo provocador de medo pode ser eliminada ou debilitada. Utiliza-se material do próprio hospital, tais como máscaras, seringas e bonecos anatómicos (Andraus et al, 2012)
- *Distração*: muito utilizada quando há dor, visto que é difícil prestar atenção a dois estímulos diferentes ao mesmo tempo. Utilizam-se livros de histórias, contos infantis, atividades verbais e exercícios de respiração (Andraus et al, 2012).

Como já foi referido anteriormente, a cirurgia requer uma adaptação, sendo a preparação pré-operatória um conjunto de atividades e intervenções de enfermagem que promovem a adaptação da pessoa. Tal como foi referido anteriormente, nestas intervenções é necessário ter presente o desenvolvimento infantil da criança. No capítulo seguinte é abordado a preparação pré-operatória da criança em idade escolar, o seu desenvolvimento, reações e comportamentos.

2.2 A preparação para a cirurgia da criança em idade escolar e família

As crianças em idade escolar (infância média) têm entre 6 a 12 anos, sendo um período de desenvolvimento em que a criança se dirige para fora do grupo familiar e se concentra no mundo mais amplo de relações com seus colegas, existindo um avanço progressivo de desenvolvimento físico, mental e social, com ênfase no desenvolvimento de habilidades, sendo um período crítico no desenvolvimento do auto-conceito (Hesselgrave, 2011).

As crianças em idade escolar, de acordo com **Erikson**, encontram-se na fase de desenvolvimento *indústria versus inferioridade* (Opperman & Cassandra, 2001).

Neste período a criança caracteriza-se por ser ativa, produtiva, competente e orgulhosa de si e dos seus desempenhos. A criança esforça-se para ser independente e deseja ser tratada como crescida. “O objectivo para a criança em idade escolar é ter uma sensação de indústria que lhe permite desenvolver capacidades valorizadas pela família e pela sociedade” (Opperman & Cassandra, 2001, p.152). Nesta fase de crescimento, as crianças aprendem a competir, a cooperar com os outros e aprendem regras, sendo um período decisivo nos relacionamentos pessoais com os outros e a qualidade do ego desenvolvida a partir do sentimento de diligência é a *competência*, Hesselgrave (2011). No entanto, sentimentos de inadequação e inferioridade podem desenvolver-se quando as expectativas são muito grandes ou quando as crianças acreditam que não são capazes de atingir os padrões estabelecidos pelos outros, Hesselgrave (2011). Assim, em situação de internamento, o enfermeiro deve elaborar um plano de cuidados onde a criança participe, com êxito, nos seus próprios cuidados, de forma a elevar o domínio de competências, devendo dizer-lhe claramente o que é esperado e demonstrando acreditar que ela é capaz de o fazer (Opperman & Cassandra, 2001).

Segundo **Freud**, não é por acaso que o sexto aniversário de uma criança marca a idade do seu ingresso na escola. Neste período a criança desenvolve um superego em funcionamento, pelo que a moral e a ética da sociedade ganha extrema importância (Papalia, Olds & Feldman, 2001). O período compreendido entre os 6 e os 12 anos de acordo com Freud é o *período de latência*, em que as crianças elaboram sobre os traços e habilidades previamente adquiridos, e a energia física e psíquica é canalizada para a aquisição de conhecimentos e para brincadeiras vigorosas (Hesselgrave, 2011). Sendo claramente públicas nesta fase do seu desenvolvimento, as crianças necessitam de grande privacidade quando se vestem ou despem, ou são preparadas para procedimentos e observações. São muito impressionáveis e frequentemente estão desejosas de aprender coisas sobre o seu próprio corpo e saúde (Opperman & Cassandra, 2001), sendo vantajoso ao enfermeiro, aquando o momento oportuno, aproveitar a oportunidade para falar com esta de um estilo de vida saudável, transmitindo-lhe conhecimentos sobre nutrição e prevenção acidentes, pelo que estas crianças beneficiam das explicações e da manipulação e utilização de equipamento necessário para os procedimentos

(Opperman & Cassandra, 2001). Nos escolares no início do período, Huerta (1996) recomenda o “brinquedo de dramatização”. Assim, sempre que possível, deve deixar-se o escolar manipular o material que vai ser usado nos procedimentos invasivos (como por exemplo, na punção venosa) e manipular material usado no bloco operatório (ex: máscaras, gorros). Nos escolares maiores Huerta (1996) recomenda a explicação com auxílio de desenhos sobre o que acontecerá e porquê. Segundo a autora referida, deverá ser permitido escolhas possíveis como o local de aplicação do pré-anestésico, possibilitar a privacidade para o banho e para vestir a roupa de bloco operatório (Huerta, 1996). Quando o enfermeiro demonstra disponibilidade para conhecer melhor a criança, ajuda-a a estabelecer a confiança em si, promove a comunicação e a sua colaboração. Distraí-la e pô-la a conversar com os pais ou com os amigos são as *estratégias de coping*⁶ mais comuns para as crianças em idade escolar (Opperman & Cassandra, 2001). Segundo **Piaget**, citado por Hesselgrave (2011), a inteligência permite que os indivíduos façam adaptações ao ambiente para aumentar a possibilidade de sobrevivência, e por meio do seu comportamento, os indivíduos estabelecem e mantêm equilíbrio com o ambiente. Por volta dos 7 anos de idade, as crianças entram no estágio do pensamento lógico concreto, sendo capazes de realizar inferências lógicas, classificar, selecionar, ordenar e lidar com as relações quantitativas sobre coisas concretas. O pensamento torna-se mais lógico e coerente, menos autocentrado e socializado (Hesselgrave, 2011). Na idade escolar as crianças têm alta capacidade no uso da lógica e da compreensão de eventos; elas podem compreender a gravidade da situação ao seu redor e entender o impacto de vários stressores sobre elas mesmas e sobre os outros (Andraus et al, 2012). Estes autores referem que na comunicação com os escolares é importante saber como eles percebem uma situação antes de experienciá-la, pelo que é recomendado aos profissionais dirigirem as perguntas mais a eles que aos seus pais. Este estágio denomina-se de *operações concretas*. O raciocínio é indutivo, elas resolvem os problemas de modo concreto, sistemático, com base em sua percepção. Segundo estudos de Moro & Módolo (2004) dos 6 anos até à adolescência, as crianças têm uma boa tolerância à separação dos pais e demonstram capacidade de compreender situações. Querem estar envolvidas nas decisões e são capazes de comunicar o seu medo, como “acordar durante a

⁶ “Atitude: Gerir o stress e ter uma sensação de controlo e de maior conforto psicológico” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011, p.46).

cirurgia” ou “não acordar”. Salvo os casos em que a situação de emergência ofereça risco de morte, a criança precisa de participar dos seus cuidados para manter uma sensação de controlo, (Moro & Módolo, 2004). No entanto, devido a alguns serviços de Urgência terem grande afluência, existe a tendência de acelerar os procedimentos para “ganhar tempo”. Porém, alguns “minutos extras” podem ser preciosos e necessários para permitir às crianças de participarem do que gastar muito mais tempo de resistência inútil e falta de cooperação durante os procedimentos decorrentes (Sanders, 2011). Outras medidas de suporte incluem a privacidade, aceitar as diversas respostas emocionais do medo, preservar o contacto entre a criança e os pais, explicar todos os efeitos antes ou durante os eventos e transmitir tranquilidade (Sanders, 2011). “A ansiedade pré-operatória na criança é caracterizada por tensão, apreensão, nervosismo e preocupação e pode ser expressa de diversas formas” (Moro & Módolo, 2004, p. 728), sendo imprescindível que o enfermeiro transmita disponibilidade e tranquilidade.

Em situações de Urgência, quando não é possível fazer a preparação pré-operatória, em vez de o enfermeiro “fornecer as informações”, ouve as explicações dadas no pós-operatório pelas crianças. As técnicas de projeção como o desenho, o contar histórias, brincar com bonecos são as preferenciais (Sanders, 2011) e, a partir da informação recolhida, o enfermeiro fornece novas informações baseadas no que já foi compreendido.

É necessário considerar que o estilo de confronto/características individuais da criança são um fator importante na preparação pré-operatória (Huerta, 1996, Moro & Módolo, 2004). “Crianças tímidas ou inibidas e aquelas com alto quociente de inteligência apresentam maior risco de desenvolver ansiedade no pré-operatório” (Moro & Módolo 2004, p.730). As experiências prévias tanto podem exacerbar como atenuar o medo. No entanto, independentemente da qualidade das experiências, a criança beneficia sempre com a preparação para a cirurgia (Huerta,1996; Barros, 2003).

A preparação pré-operatória é caracterizada por um conjunto de atividades e intervenções de enfermagem promotoras de uma adaptação, facilitando ao doente adaptações bem sucedidas (Dawson, 2003), pelo que o modelo de adaptação de

Callista Roy foi o que orientou e fundamentou o desenvolvimento do trabalho apresentado, sendo abordado no capítulo seguinte.

2.3 O modelo de adaptação de Callista Roy

Ao longo do seu percurso profissional como enfermeira pediátrica, Roy observou a grande resiliência das crianças e a sua capacidade de adaptação em resposta a alterações físicas e psicológicas. A adaptação, enquanto estrutura conceptual, impressionou Roy, que a assumiu como apropriada para a enfermagem, (Phillips, 2004).

Roy definiu a pessoa como o enfoque central da enfermagem e como um sistema de adaptação vivo e complexo. O modelo de adaptação de Callista Roy é o adequado ao desenvolvimento de um plano de cuidados para doentes cirúrgicos porque no período pré e pós-operatório estão implicadas muitas adaptações físicas, psicológicas e sociais, (Dawson, 2003). Este modelo pressupõe que a adaptação⁷ seja um processo de crescimento e desenvolvimento, sendo esta demonstrada por resultados positivos, (Dawson, 2003).

As suposições filosóficas em que o modelo é baseado estão associadas ao humanismo e à veracidade. Estas suposições são a base dos seguintes conceitos principais do modelo de adaptação de Roy: a *pessoa*, o meio *ambiente*, a *saúde* e *enfermagem* (Roy & Andrews 2001):

- *Pessoa*: o recetor dos cuidados da enfermeira pode ser uma pessoa, uma família ou grupo, uma comunidade ou a sociedade como um todo (Roy & Andrews, 2001)
- *Ambiente*: é entendido como o mundo interior e exterior da pessoa. O ambiente em mudança estimula a pessoa para criar respostas adaptáveis. A pessoa tem a capacidade de criar novas respostas para estas condições de mudança. O ambiente inclui todas as condições, circunstâncias e influências que envolvem e afetam o desenvolvimento e comportamento da pessoa. “Estes factores influenciadores são categorizados como focais, contextuais, e estímulos residuais” (Roy & Andrews, 2001, p. 32).

⁷ Para o Conselho Internacional de Enfermeiros adaptação significa “Coping: Gerir novas situações” (2011, p.37)

- *Saúde*: segundo Roy (1984), é definida como um estado e um processo de ser e tornar-se uma pessoa total e integrada, e a falta de integração representa a falta de saúde (Roy & Andrews, 2001).
- *Enfermagem*: Roy define que o objetivo da enfermagem é a promoção da adaptação nos quatro modos (fisiológico, autoconceito, função na vida real e interdependência) contribuindo, através disso, para a saúde da pessoa, qualidade de vida e morte com dignidade (Roy & Andrews, 2001).

Para Roy, o indivíduo tem a capacidade de se adaptar e criar mudanças no meio ambiente. A capacidade de resposta positiva a estas mudanças é uma função do nível de adaptação da pessoa – um ponto de mudança influenciado pelas exigências da situação e os recursos internos, incluindo capacidades, esperanças, sonhos, aspirações, motivações (Roy & Andrews, 2001).

Roy (1984) descreve o recetor dos cuidados de enfermagem como um sistema holístico adaptável. O termo adaptável é um conceito integral nos pressupostos científicos subjacentes ao modelo e significa que o sistema humano tem a capacidade de se ajustar às mudanças no meio ambiente, que por sua vez afeta o meio ambiente (Roy & Andrews, 2001). Sendo um sistema um conjunto de partes ligadas para funcionar como um todo, tendo em vista determinado objetivo, para além de ser um todo e ter partes relacionadas e interdependentes, os sistemas têm igualmente entradas, saídas, e processos de resposta e controlo. As entradas para as pessoas, são denominadas estímulos, e podem ter a sua origem externamente, do meio ambiente (estímulos externos) e internamente (estímulos internos), (Roy & Andrews, 2001).

Roy denominou os principais mecanismos de resistência de mecanismo regulador e cognitivo. O comportamento individual (resposta da pessoa, saída), toma a forma de respostas adaptáveis e de respostas ineficazes. Estas respostas atuam como *feedback* e posteriormente como entrada no sistema, permitindo à pessoa decidir aumentar ou diminuir esforços para lidar com os estímulos. O nível individual de adaptação é significativo à medida que a pessoa processa mudanças ambientais (Roy & Andrews, 2001).

Sendo a pessoa influenciada pelo ambiente (conjunto de estímulos) à sua volta e pelo interior, ela própria vai influenciar-se também com as suas respostas (comportamentos) que modificam esse ambiente. O Modelo de adaptação de Roy, segundo Roy & Andrews, 2001), descreve três classes de estímulos que formam o meio ambiente da pessoa:

- *Estímulo focal*, o estímulo interno ou externo que mais imediatamente confronta a pessoa, o objeto ou acontecimento que atrai a atenção de alguém.
- *Estímulos contextuais* são todos os outros estímulos presentes na situação que contribuem para o efeito do estímulo focal; são todos os fatores ambientais que se apresentam à pessoa (vindos do interior ou do exterior) mas que não são o centro da atenção da pessoa e ou energia. Estes fatores influenciarão a forma como a pessoa lida com o estímulo focal, podendo ser fatores positivos ou negativos.
- *Estímulos residuais* são fatores ambientais dentro e fora da pessoa, cujos efeitos na situação presente não são centrais. “A pessoa pode não ter consciência da influência destes factores, ou poderá não ser claro para o observador que eles estão a surtir efeito” (Roy & Andrews, 2001, p.22). É através da utilização desta categoria de estímulos que se podem incluir “estímulos incertos e as impressões intuitivas da enfermeira” (Roy & Andrews, 2001, p.23).

Os comportamentos podem ser observados, medidos ou subjetivamente relatados. Estes são classificados por Roy & Andrews (2001), da seguinte forma: *Respostas adaptáveis*, (aquelas que promovem os objetivos de adaptação e a integridade da pessoa: sobrevivência, crescimento, reprodução e domínio - autonomia) e *Respostas ineficazes*, (aquelas que não promovem, nem a integridade, nem contribuem para os objetivos da adaptação).

Tal como num sistema, para que as respostas/outputs/comportamentos aconteçam é necessário que os estímulos focais, contextuais e residuais sejam processados por **mecanismos de resistência** intrínsecos à própria pessoa. Estes são definidos como formas inatas ou adquiridas de responder ao ambiente em mudança. Roy & Andrews (2001) conceptualizaram estes controlos em dois tipos:

- **Subsistema regulador**, responde automaticamente aos estímulos internos e externos através de processos de resistência endócrina (tecidos e órgãos-alvo sob

controle endócrino), química (processos fisiológicos - mecanismos reguladores de feedback da respiração) e nervosa (respostas psicomotoras);

- **Subsistema cognitivo**, responde através de quatro canais cognitivos-emotivos: o processo de informação perceptiva, aprendizagem, avaliação e emoção.

Para Roy (1988), os comportamentos que resultam do mecanismo regulador e cognitivo podem ser observados em quatro categorias ou modos adaptáveis para servirem de estrutura para a avaliação (Roy & Andrews, 2001). Assim, estes quatro modos foram denominados como: **fisiológico**, de **autoconceito**, **função do papel** e **interdependência**.

O **modo fisiológico** é associado à forma como a pessoa responde como *ser físico* aos estímulos do ambiente. O comportamento fisiológico da pessoa indica se os mecanismos de resistência são capazes de se adaptar aos estímulos que os afeta. São identificadas cinco necessidades relativas à necessidade básica da *integridade fisiológica*: oxigenação, nutrição, eliminação, atividade e repouso, e proteção. Inerentes a estes são os complexos processos que envolvem os sentidos, fluidos, eletrólitos, a função neurológica e a função endócrina (Roy & Andrews, 2001).

O **modo de autoconceito** é um dos três modos psicossociais, incidindo sobre os aspetos psicológico e espiritual da pessoa. A necessidade básica que está subjacente é a *integridade psíquica*, que é fundamental para a saúde. Problemas de adaptação nesta área podem interferir com a capacidade da pessoa para se tratar ou para fazer o que é necessário para manter os outros aspetos da saúde. Tem dois componentes: o *eu físico*, incluindo a sensação de corpo e a imagem do corpo, e o *eu pessoal* que engloba a autoconsistência, o auto-ideal, e o eu moral, ético e espiritual (Roy & Andrews, 2001).

O **modo de função do papel** (ou modo de função na vida real) é um dos dois modos sociais e incide sobre os papéis que a pessoa ocupa na sociedade, tendo como necessidade básica subjacente a *integridade social*. Associado a cada papel estão os comportamentos instrumentais e os comportamentos expressivos, cuja avaliação fornece uma indicação da adaptação social relativa à função na vida real (Roy & Andrews, 2001).

O **modo de interdependência** incide sobre as interações relacionadas com o dar e receber amor, respeito, e valor. A necessidade básica deste modo é designada por

adequação emocional (o sentimento de segurança no aprofundar das relações). Duas relações específicas são o ponto de incidência do modo de interdependência: *outros significativos* (as pessoas mais importantes para o indivíduo) e os *sistemas de apoio* (outros que contribuem para a satisfação das necessidades de interdependência). Segundo Randell, Tedrow e VanLandingham (1982), em relação a estas relações específicas, foram identificadas duas áreas principais de comportamento de interdependência: o comportamento recetivo e o comportamento contributivo, que correspondem respetivamente ao receber e dar amor, respeito, e valor em relações de interdependência (Roy & Andrews, 2001).

As atividades e intervenções de enfermagem são necessárias para facilitar ao doente adaptações bem sucedidas (Dawson, 2003). Cada pessoa lida de forma diferente com as mudanças no seu estado de saúde, e é da responsabilidade do enfermeiro ajudar as pessoas a adaptarem-se a estas mudanças, identificar o nível de adaptação e as capacidades de resistência, identificar dificuldades e intervir para promover a adaptação (Roy & Andrews, 2001).

Segundo o Modelo de Roy, o processo de enfermagem "...relaciona-se directamente com a visão da pessoa como sistema adaptável...", e compreende seis passos: (1) avaliação do comportamento, (2) avaliação do estímulo, (3) diagnóstico da enfermagem, (4) estabelecimento do objetivo, (5) intervenção e (6) avaliação (Roy & Andrews, 2001, p.41)

Neste Modelo, a **avaliação do comportamento** constitui o primeiro passo do processo de enfermagem, sendo o comportamento o único indicador de como a pessoa está a conseguir lidar ou adaptar-se às mudanças no estado de saúde. Assim, esta avaliação envolve a recolha de dados sobre o comportamento da pessoa e o seu estado de adaptação. O comportamento da pessoa é definido com ações ou reações sob circunstâncias específicas e pode ser adaptável ou não (Roy & Andrews, 2001). "O comportamento não observável deve ser, ou relatado pela pessoa ou demonstrado de qualquer outra forma. Os comportamentos tipicamente observáveis podem ser vistos, ouvidos, e ou medidos" (Roy & Andrews, 2001, p.45).

A **avaliação dos estímulos** é o segundo passo do processo de enfermagem. Um estímulo é identificado como aquele que provoca uma resposta (comportamento) e

os estímulos são avaliados em relação ao comportamento anteriormente identificado (Roy & Andrews, 2001).

O **diagnóstico de enfermagem** (terceiro passo), é definido com um processo de avaliação que resulta de uma afirmação que faz parte do estatuto de afirmação da pessoa (Roy & Andrews, 2001). Este diagnóstico é estabelecido através da consideração dos comportamentos da pessoa juntamente com os estímulos que afetam os comportamentos. Para estabelecer um diagnóstico, Roy (1988) identificou a utilidade da *tipologia dos indicadores de adaptação positiva* e da *tipologia de problemas de adaptação de recorrência comum* associados a cada um dos quatro modos (Roy & Andrews, 2001), (Apêndice XIV).

Segundo as mesmas autoras existem três métodos distintos para estabelecer um diagnóstico de enfermagem a partir dos dados recolhidos no primeiro e segundo níveis de avaliação (avaliação do comportamento e avaliação do estímulo). O primeiro método consiste em "...posicionar o comportamento juntamente com os seus estímulos influenciadores mais relevantes" (Roy & Andrews, 2001, p.55); no segundo método, "...a avaliação da informação (comportamento e estímulo) associada com um modo é agrupada e classificada de acordo com a tipologia sugerida, relacionada com os quatro modos adaptáveis" (Roy & Andrews, 2001, p.56); o terceiro método defende que um estímulo pode causar comportamentos em mais de um modo (Roy & Andrews, 2001).

O quarto passo do processo de enfermagem corresponde ao **estabelecimento do objetivo**. O objetivo da enfermagem é promover a integração, auxiliando a pessoa para mudar comportamentos ineficazes e torná-los adaptáveis. Os comportamentos adaptáveis são igualmente importantes devendo ser mantidos e aumentados (Roy & Andrews, 2001). O estabelecimento de objetivos é definido como a determinação de afirmações claras de resultados comportamentais nos cuidados de enfermagem para a pessoa, "...envolve uma afirmação dos resultados comportamentais dos cuidados de enfermagem que promoverão a adaptação" (Roy & Andrews, 2001, p.57).

A **intervenção** constitui o quinto passo no processo de enfermagem. Uma vez estabelecidos os objetivos relativos aos comportamentos que irão promover a adaptação, a enfermeira determina como intervir para auxiliar a pessoa a atingir

estes objetivos (Roy & Andrews, 2001). A **avaliação** é o último passo do processo de enfermagem. Envolve a apreciação da eficácia da intervenção da enfermagem em relação ao comportamento da pessoa. Para tal, é avaliado o comportamento da pessoa depois das intervenções terem sido implementadas (Roy & Andrews, 2001).

Na prática de cuidados, num contexto de doença e hospitalização para intervenção cirúrgica a criança e família recebem estímulos. O *estímulo focal* é a própria doença e a intervenção cirúrgica; os *estímulos contextuais* são todos os outros fatores: mudança de ambiente, alteração de rotinas de vida e a separação da criança dos seus familiares. Os efeitos que os estímulos provocam na criança e na família serão atenuados através do seu conhecimento sobre a doença/cirurgia e através da preparação pré-operatória. O objetivo dos cuidados de enfermagem à criança que vai ser submetida a cirurgia e à família deve incidir na promoção da adaptação e na ajuda em lidar com os problemas de adaptação. As intervenções de enfermagem são planeadas visando o controlo dos estímulos focais, contextuais e residuais identificados. Os atos de enfermagem aumentam a interação da pessoa com o ambiente e promovem a adaptação (Roy & Andrews, 2001), pelo que o enfermeiro deverá agir preparando a criança e família para a cirurgia, fortalecendo os mecanismos de adaptação.

3. PERCURSO NO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

O processo de cuidados à criança e família é entendido como um processo de descoberta, de clarificação e de ação que visa a promoção, manutenção e recuperação da saúde e bem-estar. É um processo continuado e centrado na unidade familiar que implica tomadas de decisão contextualizadas dos parceiros envolvidos: criança, família e enfermeiros.

Ao enfermeiro especialista impõe-se o desenvolvimento de competências que lhe permita integrar conhecimentos, lidar com situações complexas e desenvolver soluções para as mesmas. Ao mesmo tempo, a (auto-) reflexão, a tomada de decisão e a comunicação são também capacidades importantes a desenvolver. Benner acrescenta ainda que “A prática é um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o carácter, o conhecimento e a competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática” (2005, p.14). Assim, para desenvolver competências que me tornem perita em determinadas áreas de conhecimento, tal como refere Benner, devo possuir um conhecimento não só percetivo, mas fundamentado e aprofundado pelo conhecimento da situação concreta e contextualizada, que me permita prestar cuidados individualizados e numa perspetiva holística (Benner, 2005).

O presente capítulo será dividido em dois subcapítulos. No primeiro serão descritos as atividades e competências desenvolvidas ao longo do percurso de aquisição de competências de EESIP nos diferentes contextos de estágio. No segundo, serão abordados os aspetos éticos que orientaram o meu percurso.

As competências desenvolvidas fazem parte das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do EESIP, de acordo com o que está preconizado pela OE. Para além destas competências, serão igualmente abordadas as competências definidas pelo documento orientador entregue aos alunos no início do ano letivo e as que considere importante desenvolver de acordo com as necessidades por mim sentidas como profissional.

Face ao que foi descrito anteriormente, foram definidos dois objetivos gerais para este projeto de estágio: (1) ***Desenvolver competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria que permitam prestar cuidados globais e individualizados*** e (2) ***Desenvolver competências para preparar a criança e família para a intervenção cirúrgica em situação de Urgência***.

Segundo Benner (2005, p.12), “As práticas crescem através da aprendizagem experiencial e através da transmissão dessa aprendizagem nos contextos de cuidados”. Para atingir estes objetivos gerais senti necessidade de organizar o estágio segundo um cronograma (Apêndice II) e definir objetivos específicos para cada local de estágio (Apêndice X).

Assim, relativamente ao 1º objetivo geral, delineei os seguintes objetivos específicos: (1) Desenvolver a comunicação com a criança/jovem e família de acordo com as suas características e etapa de desenvolvimento; (2) Promover o crescimento e o desenvolvimento infantil.

Em relação ao 2º objetivo geral, tracei os seguintes objetivos específicos: (1) Aprofundar conhecimentos sobre a preparação pré-operatória da criança em idade escolar e família; (2) Conhecer as intervenções de enfermagem que promovam a adaptação da criança e família submetida a cirurgia (3); Fomentar boas práticas na preparação da criança/jovem e família para a cirurgia (4) Motivar a equipa de enfermagem a intervenções que promovam a adaptação da criança e família submetida a cirurgia de Urgência.

3.1. Atividades desenvolvidas e competências adquiridas

Neste subcapítulo são analisadas as atividades realizadas em cada ensino clínico, segundo objetivos delineados para cada campo de estágio, demonstrando o que vivenciei e descrevendo os seus principais contributos para que desenvolvesse e adquirisse competências gerais e específicas de um Enfermeiro Especialista. Para

uma melhor compreensão desta análise agrupei os objetivos comuns aos vários campos de estágio e posteriormente analiso os específicos de cada um.

Um dos objetivos de estágio foi o de **Conhecer a estrutura física, dinâmica organizacional e metodologia de trabalho da equipa de enfermagem** dos vários campos de estágio (Apêndice X). Este objetivo é comum a todos os locais de estágio, com exceção a Urgência de pediatria, visto já conhecer toda a dinâmica de funcionamento e a metodologia de trabalho utilizada. Dado a especificidade de cada contexto, para atingir este objetivo, realizaram-se reuniões com os enfermeiros chefes dos serviços e as enfermeiras tutoras (enfermeiras orientadoras de estágio de cada serviço) para apresentação do projeto e dos objetivos do ensino clínico. Foram feitas visitas guiadas ao serviço; consulta de documentos disponíveis nos locais de estágio (manuais, protocolos, normas e registo de dados clínicos) que permitiram ter conhecimento da filosofia de cuidados de cada serviço e dos vários recursos/serviços de apoio aos mesmos; observação direta da dinâmica dos serviços e reuniões com a enfermeira tutora do estágio para esclarecimento de dúvidas e orientação, com a finalidade de uma adequada integração e adaptação a cada local de estágio.

O primeiro estágio foi realizado no *Serviço de Neonatologia*. A opção por estagiar numa unidade de cuidados neonatal prendeu-se com o facto de já ter tido experiência profissional em Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos e de nunca ter trabalho numa Unidade Neonatal.

Esta unidade é polivalente, do ponto de vista da multiplicidade de situações das crianças e famílias que assiste e dos cuidados que presta. Admite RN com as mais variadas situações, sendo as causas mais frequentes de internamento a prematuridade (cerca de 45% dos internamentos), síndrome de dificuldade respiratória, hiperbilirrubinémia, malformações, infeção ou risco infeccioso, isoimunização Rh ou AB0, asfixia neonatal, síndrome de abstinência e cardiopatia congénita (Abrantes, 2012). Atualmente é também uma das Unidades de referência para o tratamento por hipotermia nos bebés com encefalopatia hipóxico-isquémica. O serviço recebe sobretudo RN provenientes da Sala de Partos do hospital e RN transferidos pelo Instituto Nacional de Emergência Médica das mais diversas proveniências.

Relativamente à sua estrutura física, encontra-se dividido pela Unidade de Cuidados Intensivos de Recém-nascidos, Unidade de Cuidados Intermédios e Sala de Pré-Saída, pelo que considereei pertinente passar por estas três valências.

O método de trabalho de enfermagem é o de equipa, encontrando-se atualmente a ser implementado o método do enfermeiro de referência. De acordo com Tappen (2005), nesta metodologia o enfermeiro é o responsável pelo doente, avalia as necessidades e organiza, executa e controla os cuidados. A principal desvantagem desta metodologia é que nem todos os enfermeiros se sentem preparados para a responsabilidade e autonomia que este método acarreta (Tappen, 2005). Além disso, pude verificar que devido à necessidade de rotatividade de enfermeiros pelas três valências é difícil implementar este método com rigor.

A filosofia subjacente à prestação de cuidados preconizada é os *cuidados centrados na família* e a *parceria de cuidados*, pelo que a família faz parte da equipa multidisciplinar, participando no planeamento, execução e avaliação dos cuidados, estabelecendo-se relações de parceria com os profissionais onde é fomentado o *empowerment* familiar.

Nesta unidade são desenvolvidos Projetos/Programas nos quais a participação da equipa de enfermagem é de elevada importância, nomeadamente o Programa de Visita Domiciliária no âmbito da Unidade Móvel de Apoio Domiciliário, a realização do Rastreio Auditivo Universal e o Programa de Profilaxia do Vírus Sincicial Respiratório.

O segundo estágio realizado foi na *Consulta de Enfermagem Pré-operatória*, no serviço de Consultas Externas. A escolha por este serviço como campo de estágio pautou-se por diversos motivos, sendo o principal o facto de ser um hospital de referência nacional, quer pela diversidade de cuidados que presta, quer pela existência desta consulta. Este ensino clínico foi iniciado com uma grande expectativa de encontrar excelentes oportunidades de experiências e aprendizagens. Esta consulta está integrada no pavilhão das consultas externas e é realizada todos os dias por enfermeiras. É realizada no mesmo dia da consulta de anestesia. Os cuidados de enfermagem prestados às crianças e famílias neste local de estágio são baseados no modelo teórico de Nancy Roper. O método de distribuição dos enfermeiros é o método individual ou de enfermeiro responsável. Os registos de Enfermagem são efetuados no Programa *Med Soft* (sistema de gestão

de doentes) e em papel. Os referenciais de enfermagem são relativos aos *cuidados não traumáticos, padrões de qualidade e cuidados centrados na família*. As patologias mais frequentes do foro cirúrgico são: hérnias, apendicites, criptorquídias, cirurgia urológica (fimoses, hipospádias, epispádias, nefrectomias, cistoplastias e refluxos vesico-uretrais), cirurgia plástica (lábio-leporino, fendas palatinas, queimaduras graus I, II e III e angiomas); cirurgia ortopédica (pés-equino varus, fracturas, luxações e malformações congénitas), cirurgia estomatológica (extrações dentárias, dentisterias, higienização e reabilitação oral) e cirurgias do foro oftalmológico (Hospital Dona Estefânia, 2007). Pude verificar no decorrer do estágio que a consulta é dirigida aos pais quando a criança tem idade inferior a 5 anos e é principalmente dirigida à criança quando esta tem idade igual ou superior a 5 anos, tendo em conta o desenvolvimento psicomotor e a experiência sobre a cirurgia, tal como defende Pimentel quando diz: “a criança com idade superior a 4 anos já têm pensamento lógico, sendo possível e benéfico explicar anteriormente o que se irá passar, tendo em conta o seu desenvolvimento e personalidade, pois cada criança é única” (2001, p.175).

Esta consulta contempla um conjunto de procedimentos organizados e sistematizados que promovem a preparação do utente para o internamento e para a intervenção cirúrgica (cirurgia programada), pelo que foi uma experiência bastante enriquecedora.

Posteriormente foi realizado estágio no *Serviço de Internamento de Cirurgia Pediátrica/Queimados*. Foi a opção considerada ideal, pela prestação de cuidados de enfermagem diferenciados que aqui se prestam, e uma vez que existe uma estreita relação entre este e o serviço de Consultas Externas do mesmo hospital (estágio realizado anteriormente). Uma vez que é nas consultas externas que é feita a preparação pré-operatória de crianças a serem submetidas a cirurgia programada e onde é feita depois a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar, este estágio revelou-se muito útil na medida em que me permitiu compreender o circuito do utente, as reações quando as crianças fazem uma preparação pré-operatória consistente e prestar cuidados pós-operatórios. Revelou-se ainda mais enriquecedor pelo facto de eu nunca ter trabalhado num serviço de internamento pediátrico, com crianças queimadas e pelas oportunidades de aprendizagem que me proporcionaram.

Este serviço recebe crianças/adolescentes até aos 17 anos e 264 dias provenientes do serviço de urgência, consultas externas, bloco operatório e outros serviços de internamento. Recebe adolescentes com patologia crónica até aos 20 anos e 364 dias. As situações de saúde mais frequentes são relacionadas com: apendicite, tumores, hérnias inguinais, oclusão/invaginação intestinal, lábio leporino/fenda do palato, torção testicular, doença de hirschsprung, obstipação crónica, malformações ano-rectais, estenose hipertrófica do piloro, criptorquídea, hipospádias, sindactilias, bridas e queimaduras, englobando assim as especialidades de cirurgia geral, plástica e queimados. Tem como missão prestar cuidados de alta qualidade à criança e família em articulação com as demais unidades prestadoras de cuidados de saúde de acordo com os padrões de qualidade; assegurar a cada criança e família cuidados centrados nas suas necessidades, de acordo com as boas práticas e numa lógica de governação clínica, promovendo uma eficiente utilização dos recursos disponíveis e colaborar na formação pré e pós graduada em Enfermagem. Utiliza a metodologia científica do processo de enfermagem com base no modelo teórico de Nancy Roper e o método de trabalho de enfermeiro responsável (individual). Os registos de Enfermagem são efetuados no Programa *SAPE*.

Após este estágio, o seguinte foi na *Unidade de Ambulatório do Serviço de Cirurgia Pediátrica*, de forma a diversificar as experiências a adquirir. Esta unidade está vocacionada para cuidar de crianças do foro cirúrgico desde os 0 aos 18 anos, podendo prolongar-se no caso de crianças com situações de doença crónica.

Este serviço tem como objetivo geral prestar cuidados globais e específicos à criança/família com necessidades do foro cirúrgico. Tem como objetivos específicos: preparar a criança/jovem/família para a intervenção cirúrgica; minimizar os efeitos da hospitalização; responder às necessidades da criança/jovem/família submetida a cirurgia geral, urológica e ortopédica, e prevenir complicações pós-operatórias, contribuindo para o mínimo tempo de internamento (Hospital de Santa Maria, 2005).

No BO da unidade são realizadas cirurgias programadas de 2^a a 6^a feira, das 8 às 16h, algumas das quais são de ambulatório cuja alta se efetua no próprio dia, se inexistência de complicações, caso contrário essas crianças fazem o internamento e vão para a enfermaria.

Nesta unidade funciona ainda o hospital de dia, de 2^a a 6^a feira das 8 às 16h, com o apoio do enfermeiro destinado ao ambulatório. As valências dentro da especialidade

cirúrgica são diversas e as patologias mais frequentes são: apendicite, hérnia inguinal e umbilical, fimose, estenose hipertrófica do piloro (cirurgia geral); hipospádia, hidronefrose, refluxo vesico-uretral, obstrução pielo-uretral (cirurgia urológica); escolioses e fraturas (cirurgia ortopédica); hidrocefalia e mielomeningocelo (neurocirurgia). Além destas patologias existem outras situações frequentes: politraumatismos ou traumatismos craneo-encefálicos, crianças com patologias crónicas, como por ex: paralesia cerebral ou com refluxo gastroesofágico, em que já foi colocada uma gastrostomia anteriormente.

As crianças deste serviço são provenientes da consulta externa, da urgência central, da urgência pediátrica, ou de outro serviço de pediatria do hospital. Existem também crianças provenientes dos PALOP através de protocolos existentes com a instituição. O método de trabalho utilizado pela equipa de enfermagem é o individual. Os registos de enfermagem são feitos em suporte de papel. A grande vantagem deste campo de estágio foi permitir-me compreender o circuito do utente cirúrgico e ter uma perceção diferente dos cuidados que são prestados no período pré-operatório de outra realidade hospitalar.

Posteriormente foi realizado estágio no Serviço de Urgência Pediátrica, local de aplicação deste projeto de intervenção clínica. O último foi efetuado num serviço da comunidade.

A opção de estagiar numa USF adveio do facto de desconhecer a sua forma de organização e com a finalidade de aquisição de experiências e competências na área da saúde infantil comunitária. Como nunca trabalhei numa USF foi importante para a minha integração ter conhecimento da sua filosofia de cuidados de enfermagem, dos vários recursos/serviços de apoio da unidade de saúde referentes à saúde infantil e das várias atividades do NACJR. A metodologia de trabalho usada neste local de estágio é baseada no modelo de enfermagem de *Enfermeiro de Família*. Segundo Silva (2009, p. 59) “A implementação efectiva da figura do enfermeiro de família, na prática clínica, constitui na actualidade um profundo desafio para os enfermeiros que actuam ao nível dos cuidados de saúde primários, em Portugal”. Segundo Wright e Leahey (2002), a prática da enfermagem de família deve assentar em pressupostos filosóficos que considerem as necessidades das famílias como um todo e não apenas como as necessidades do indivíduo (Silva, 2009). O Enfermeiro de Família assume um papel de gestor (dos processos de

saúde/doença e dos recursos comunitários), de educador, de apoio emocional, facilita o empoderamento familiar (ao nível intrapessoal, interpessoal e organizacional) e tem uma intervenção desde o nível microssistémico ao nível macrossistémico (Silva, 2009). No estágio efetuado pude constatar na prática as vantagens deste modelo e também as grandes dificuldades na sua aplicação. Quanto a mim traz algumas desvantagens haver enfermeiros especialistas de saúde infantil a trabalhar noutras áreas que não sejam a da criança/jovem. Obriga ainda a uma eficaz gestão de salas de enfermagem para atingir os objetivos a que as USF se propõem. Os registos de Enfermagem são efetuados no Programa *Medicine One*.

Outro objetivo também comum a todos os campos de estágio foi o de **Desenvolver a comunicação com a criança/jovem e família de acordo com as suas características e etapa de desenvolvimento** (Apêndice X).

Como já foi referido anteriormente, segundo Huerta (1996), existem recursos humanos necessários para preparar a criança e sua família para procedimentos cirúrgicos. Destes recursos humanos a autora destaca: habilidades de comunicação verbal e não-verbal; habilidade para trabalhar em equipa multidisciplinar e criatividade.

Sendo uma competência essencial na prática da enfermagem, e em particular na preparação pré-operatória, delineei este objetivo comum a todos os campos de estágio.

Segundo Stefanelli (2005) uma das principais funções da comunicação nos cuidados de enfermagem é o estabelecimento de um relacionamento significativo com o doente. Como instrumento, a comunicação é uma das ferramentas que o enfermeiro utiliza para desenvolver e aperfeiçoar o saber-fazer profissional. “O exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa, ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades)” (OE, 2003, p. 4). A comunicação é imprescindível ao relacionamento entre os elementos da equipa de enfermagem, entre a equipa multidisciplinar e entre o enfermeiro e a criança/jovem e família, sendo um dos elementos essenciais ao desenvolvimento da prática profissional. No contexto das relações enfermeiro/utente as competências e as perícias de comunicação são fatores determinantes no processo de comunicação/interação e por isso torna-se importante que os

enfermeiros aprendam, desenvolvam e sobretudo implementem nas suas práticas perícias de comunicação. Machado & Sousa (2007, p.163) defendem: “Mesmo que tentemos evitar, não conseguimos escapar à comunicação através do olhar, do gesto, da palavra e até do silêncio. Por detrás do silêncio podemos encontrar sentimentos tais como o medo ou o sofrimento, que quando atingem determinada dimensão podem impedir que as palavras saiam”. Os profissionais de enfermagem devem ter presente que todas as manifestações evidenciadas pelo comportamento não-verbal da pessoa são reveladoras da sua vivência. Como refere Collière (2002) “todos estes sinais nos comunicam uma multiplicidade de informações, através das quais uma pessoa, uma família nos fala de si própria” (p. 246). A comunicação não se refere só às palavras, à sua estrutura e sentido, mas também à vertente não-verbal, à linguagem do corpo e ao contexto onde ela é produzida (Machado & Sousa, 2007). Lalanda perspetiva que a comunicação enfermeiro/utente deve ser terapêutica, pois afirma que “comunicar, enquanto arte profissional, tem de se aprender, analisar, e sobretudo treinar e a enfermeira ou o enfermeiro têm de recorrer a essa ‘arte’ na sua prática quotidiana (...) como uma atitude terapêutica que promova a independência e favoreça a cooperação...” (1995, p. 29).

Andraus et al, (2012), defendem que a comunicação é um instrumento básico, especialmente no que se refere à capacidade de ouvir. O desenvolvimento desta habilidade passa pelo reconhecimento dos seus próprios sentimentos e pela tentativa de identificar aqueles das pessoas com as quais a comunicação se faz necessária (Andraus et al, 2012). As estratégias de comunicação usadas pelos profissionais num primeiro contacto com a criança e família são de extrema importância, uma vez que não há uma segunda oportunidade de causar uma «boa primeira impressão». O enfermeiro deve desenvolver estratégias eficazes para comunicar com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à sua cultura, o que constitui um verdadeiro desafio para o profissional de enfermagem. Roy & Andrews (2001, p.45), defendem que “A comunicação efectiva entre a enfermeira e a pessoa de quem está a cuidar é importante em todos os aspectos de avaliação do comportamento...”. Segundo Watson (1985), Benner e Wrubel (1989), sem comunicação efetiva e cuidados, a eficácia de todas as ações de enfermagem são questionáveis (Roy & Andrews, 2001), daí a sua importância.

A comunicação é o meio através do qual as pessoas influenciam o comportamento das outras, sendo então imprescindível para o sucesso das intervenções de enfermagem. A habilidade para comunicar inclui a arte de escutar e a capacidade para levar o utente a expressar a sua ansiedade e os seus medos. Permite recolher informação e proporcionar um acolhimento à pessoa pelo que é essencial aquando um internamento imprevisto e na preparação pré-operatória. Um estudo realizado por Andraus et al (2012) revelou que a comunicação é o instrumento fundamental para a colheita de dados e para a implementação de ações que humanizem a assistência, sendo as mensagens não-verbais as que transmitem as mensagens mais significativas. Também Hockenberry (2014, p.127) refere: “Na comunicação com crianças de todas as idades, a componente não verbal encerra as mensagens mais significativas”, considerando esta habilidade fundamental a utilizar na relação com a criança/jovem e família, pois as crianças atribuem significados a cada gesto ou movimento realizado.

Para atingir este objetivo foi essencial uma pesquisa bibliográfica, uma observação ativa, e foi elaborada uma grelha de registo de interações (Apêndice VIII) que me permitiu reconhecer aspetos a serem melhorados na abordagem aos utentes e o comportamento destes perante determinadas intervenções de enfermagem. Senti algumas dificuldades iniciais na estrutura da sua elaboração, pelo que foi melhorada ao longo do ensino clínico. As orientações tutoriais efetuadas com a Professora Orientadora para esclarecimento de dúvidas, orientação, reflexão e análise foram imprescindíveis para a sua elaboração. Igualmente importante foi a realização de um diário reflexivo utilizando como quadro conceptual o ciclo reflexivo de Gibbs (1988), citado por Jasper (2003), que é composto por seis etapas que norteiam o processo reflexivo (descrição, sentimentos, avaliação, análise, conclusão e planeamento da ação). Segundo Kim (1999), citando Santos & Fernandes (2004), a prática reflexiva é um processo de análise consciente acerca do que se verificou e que se traduz na reflexão sobre as práticas, o que me permitiu desenvolver competências reflexivas, de modo a atingir uma nova compreensão das situações vivenciadas (Apêndice III).

No estágio do *Serviço de Neonatologia*, por ser um contexto muito diferenciado e específico, para desenvolver a capacidade de comunicação com o RN/família e sentir uma maior segurança na prestação de cuidados a crianças desta faixa etária, senti necessidade de aprofundar e adquirir conhecimentos teórico-práticos

relacionados com esta temática. Assim, foi efetuada uma pesquisa bibliográfica ao nível dos cuidados de enfermagem prestados ao RN prematuro e sobre a comunicação com a família aquando um internamento na UCIN.

A promoção do acolhimento do RN e família permitiu-me estabelecer uma relação de proximidade facilitando a comunicação e o estabelecimento de uma relação de confiança. O Regulamento para o Exercício Profissional de Enfermagem (REPE) reconhece a importância da relação de ajuda na profissão ao mencionar que os cuidados de enfermagem são caracterizados por estabelecerem uma relação de ajuda com o utente (OE, 2012), no entanto esta relação exige tempo, disponibilidade e vontade dos enfermeiros. Ao longo do estágio verifiquei que a disponibilidade de tempo limitada, as características próprias de um serviço como a UCIN, o cansaço, situações de mau prognóstico, leva ao desgaste emocional dos profissionais, o que interfere na comunicação com a família. Para Watson "...o cuidar requiere involucramiento pessoal, social, moral e espiritual do enfermeiro e o comprometimento para com o próprio e para com os outros humanos (...), envolve valores, vontade, um compromisso para o cuidar, conhecimentos, acções carinhosas e suas consequências" (2002, p. 55). Segundo Collière (2003) a relação de enfermeiro/cliente está impregnada de emoções que se transmitem em cascata. "Os enfermeiros apresentam uma disposição emocional, ou seja, uma atenção afectiva e sensibilidade para com as pessoas (clientes), e para com as experiências emocionais destes, de forma intencional e persistente" (Diogo, 2012, p.159). Porém, a mesma autora defende que a sua disposição emocional também sofre oscilações sendo regulada pelos próprios enfermeiros com intencionalidade terapêutica, verificando este aspeto em situações de mau prognóstico ao longo do período de estágio.

O progresso biotecnológico dos últimos anos conduziu a uma diversidade de questões éticas, emergindo vários dilemas na Neonatologia por vezes difíceis de gerir. A tecnologia trouxe e continua a trazer benefícios para a assistência à saúde mas trouxe também algumas consequências que podemos considerar nefastas e que têm reflexos diretos no processo de cuidar na área neonatal. O avanço tecnológico põe-nos frente-a-frente com vários dilemas éticos no dia-a-dia e impõe a necessidade de reconsideração destes avanços não somente quanto aos aspetos técnicos e biológicos como impondo a necessidade de refletirmos acerca das

questões bioéticas no quotidiano das unidades neonatais (Gaiva, 2006). Cuidar em pediatria está intensamente revestido de ressonância emotiva e afetiva (Diogo, 2006) e a gestão destes sentimentos e emoções por vezes torna-se difícil a quem presta cuidados, interferindo na comunicação entre a família e os profissionais de saúde.

O objetivo de “**Promover o crescimento e o desenvolvimento infantil**” foi comum ao estágio do Serviço de Neonatologia e ao de Saúde Comunitária (USF), (Apêndice X).

A prestação de cuidados de enfermagem numa *Unidade de Neonatologia* é extremamente diferenciada e especializada ao nível do saber experiencial e conhecimento, pelo que foi essencial a orientação da enfermeira tutora na prestação de cuidados.

O nascimento de um bebé prematuro é um acontecimento cada vez mais frequente e a sua viabilidade cada vez maior. Os pais de um RN prematuro vêem-se perante uma experiência desgastante. Tal como qualquer outra hospitalização, a permanência de um RN numa UCI/intermédios neonatais gera instabilidade e desequilíbrio acentuado no sistema familiar, capaz de desencadear uma situação de crise. Será uma crise, se e quando os movimentos de adaptação ou a situação de hospitalização implicarem uma mudança qualitativa da estrutura e vínculos relacionais familiares. “Este tipo de mudança pode ocorrer, por exemplo, se à situação de hospitalização se associar o início de uma doença crónica ou um quadro de mau prognóstico” (Jorge, 2004, p.44), o que por vezes se verifica numa UCIN.

O nascimento de um RN pré termo, pequeno e frágil, ou doente, vem desfazer o sonho de um bebé ideal, trazendo sentimentos de culpa, incapacidade em proteger o seu filho e medo da perda. A vulnerabilidade que o RN apresenta pela sua imaturidade biológica leva a um internamento prolongado nas Unidades de Cuidados Neonatais. Este facto leva a que haja um aumento da angústia e medo dos pais, já fragilizados pelo próprio nascimento prematuro. É toda uma conjuntura de desequilíbrio em que a intervenção do enfermeiro especialista é deveras importante no sentido de desenvolver as capacidades da família, de forma a adaptar-se a esta situação. Assim, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e

do Jovem tem um papel preponderante na promoção da vinculação⁸, utilizando estratégias para promover o contacto físico pais/recém-nascido e negociar o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao filho com necessidades de saúde especiais (Regulamento nº 123/2011, Diário da República). De acordo com Barradas (2008, p. 75) “Os profissionais de saúde deverão proporcionar apoio emocional e orientar os familiares nos cuidados ao recém-nascido, valorizando as suas atitudes e habilidades de modo a proporcionar igualmente um ambiente que promova o desenvolvimento do recém-nascido”.

Na UCIN, o bebé é “separado” dos seus pais imediatamente após o nascimento, permanecendo por um período mais ou menos longo num ambiente que embora imprescindível para a sua sobrevivência, (pela tecnologia sofisticada que lhe assegura eventualmente a vida, rodeado de fios e aparato tecnológico), é também hostil, pela agressividade das técnicas e procedimentos invasivos a que é submetido, assim como pela privação afetiva a que está sujeito. O afastamento do bebé imediatamente após o parto, vai privar a díade “mãe-filho” do primeiro contacto e interromper o processo de vinculação ou afeiçoamento entre os mesmos. Os sentimentos de culpa e de fracasso estão frequentemente presentes e podem comprometer o processo de vinculação com o bebé.

O EESIP deverá ser um elemento fundamental na equipa multidisciplinar na promoção da vinculação, pois esta é extremamente importante para a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil. A promoção da vinculação pais/RN através do contacto físico, do estabelecimento de uma linguagem afetiva, a valorização das competências dos pais e bebé (ex.: toque, *método* mãe/pai *canguru*, pegar ao colo, a valorização das competências do RN e parentais, incentivar a presença dos pais) foram atividades desenvolvidas que se revelaram extremamente enriquecedoras, pois pude observar e implementar na prática do meu dia-a-dia. Para promover o crescimento e o desenvolvimento infantil foi importante o acompanhamento da tríade mãe-pai-criança, o esclarecimento de dúvidas e orientações, os cuidados antecipatórios e a realização de intervenções de enfermagem promotoras da

⁸ Segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros vinculação é “Parentalidade: ligação entre a criança e mãe e/ou o pai; formação de laços afectivos” (2011, p.79).

parentalidade⁹ (ensino sobre amamentação do RN, imunização, higiene e vestuário, importância de períodos de repouso/sono do RN, adoção de medidas de segurança, medidas preventivas de quedas e acidentes, escolha apropriada de brinquedos, importância do toque nos afetos), sendo mais evidenciada na *sala de pré-saída* onde os pais têm maior “disponibilidade” para os ensinamentos promotores de saúde, pois aqui já antevêm uma alta próxima e o bebê já se encontra estabilizado.

Durante o período de estágio pude constatar que o tempo de preparação para a alta hospitalar ou mesmo para uma transferência do bebê para outro serviço (de forma a dar resposta às necessidades da UCIN) torna-se cada vez mais curto e isso aumenta muitas vezes o *stress* dos pais e dos profissionais, o que interfere na comunicação destes.

A vivência de uma situação complexa de mau prognóstico dum RN constituiu-se como um momento de grande aprendizagem, promovendo momentos ricos de reflexão e onde aspetos éticos foram analisados. No início do estágio, o facto de não ter experiência nesta área transmitia-me alguma insegurança, com receio de não ter uma resposta adequada ao que a situação exigia, pela situação delicada que era e por ter consciência da sua gravidade. Tendo presente o compromisso de “ser promotora de esperança” nestes pais, mas tendo também consciência que em situações de mau prognóstico por vezes existe uma grande possibilidade dos bebés não sobreviverem ao problema grave de saúde que apresentam, traz um desconforto emocional importante de ser analisado e refletido. A elaboração de um diário reflexivo durante o ensino clínico foi uma forma importante de me auxiliar na estrutura da reflexão sobre os aspetos éticos atrás mencionados e sobre as minhas respostas face aos meus comportamentos e o dos pais (Apêndice III). A prestação de cuidados diferenciados e o contacto com esta realidade traduziu-se no desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem no âmbito do cuidar da criança e família em situações de especial complexidade, mobilizando recursos oportunamente e recorrendo a várias abordagens e terapias (Regulamento nº 123/2011, Diário da República).

⁹ Segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros Parentalidade é “Tomar Conta: Assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados” (2011, p.66).

Saliento ainda a experiência da prestação de cuidados diretos às crianças submetidas a hipotermia induzida na encefalopatia hipóxico-isquêmica.

Igualmente importante foi avaliar a predisposição que os pais detêm para a parceria, sendo que este comportamento não se revela imediato, principalmente num RN prematuro, pois a ansiedade, o sofrimento e a sua falta de segurança no papel parental invade-os e inibe-os até por vezes à aproximação física do RN. Também aqui o enfermeiro especialista tem um papel de extrema importância, dando-lhes uma noção de investimento de poder, para que se sintam capazes de agir e intervir.

As Unidades de Neonatologia têm um ambiente de contínua atividade humana, com níveis de ruído e de luminosidade elevados que não são os ideais para o pleno desenvolvimento de um RN pré-termo. Torna-se fundamental que sejam tomadas medidas específicas de conforto que valorizem e respeitem o sono do RN. Na observação dos cuidados de enfermagem prestados constatou-se uma equipa de enfermagem sensibilizada para este aspeto, tentando coordenar todas as intervenções da equipa num só momento e mobilizando técnicas para reduzir o ruído e luminosidade (evitando colocar objetos que causem impacto sonoro em cima das incubadoras, respondendo prontamente aos alarmes dos equipamentos, cobrindo as incubadoras com capas adaptadas de forma a reduzir a intensidade do som, diminuindo a exposição à luz, entre outras). Em relação ao ambiente, o serviço é munido de tecnologia de ponta, a que se associam elevados níveis de intensidade luminosa e de ruído. A sobrecarga tecnológica, o *design* arquitetónico da unidade e a gravidade de situações clínicas aqui existentes determinam elevados níveis de stress psíquico e emocional em que todos os que partilham este espaço (RN, profissionais e família). Ao RN e família, há ainda que acrescentar, os aspetos afetivos e sociais de que muitas vezes são privados pela barreira física da incubadora e a existência de um espaço físico reduzido entre as incubadoras, implicando falta de privacidade. Também a concentração de unidades especializadas nos grandes centros urbanos implica frequentemente um afastamento/isolamento do RN e dos pais da restante família, com tudo o que isso acarreta. A salubridade ambiental e as preocupações com o risco de infeção são permanentes, o que favorecem também alguns constrangimentos em termos de restrição de quem e como se circula neste espaço. As visitas e a sua interação com os RN são restritas e envolvem regras (mais ou menos rígidas), que muitas vezes

limitam a interação socio-afetiva dos bebês com a família. Um estudo de investigação realizado por Batalha (2010) sobre “*Intervenções não farmacológicas no controlo da dor em cuidados intensivos neonatais*”, demonstrou que em média os RN sofrem cerca de 12 procedimentos dolorosos ao fim de um dia e 84 ao fim de uma semana de internamento na Unidade. Também sugere que devem ser tomadas medidas de controlo de dor não farmacológicas diretamente relacionadas com o conforto, nomeadamente posicionamentos, medidas específicas de conforto (balançar, pegar ao colo, colocar chupeta, afagar, conversar), massagens, ensino aos pais para uma presença assídua, aplicação de sacarose, glicose ou aleitamento materno durante o procedimento doloroso e aplicação de calor/frio (Batalha, 2010). Estas atividades revelaram-se também importantes para a promoção do crescimento e desenvolvimento do RN.

A deteção precoce e o encaminhamento de situações que possam comprometer e/ou afetar a qualidade de vida do RN e família (ex: rastreio auditivo) foi uma atividade relevante. Com o objetivo de complementar ensinamentos sobre o comportamento dos RN e as suas reações aos estímulos foi elaborado um folheto informativo aos pais sobre os reflexos do recém-nascido (Apêndice V). Este campo de estágio revelou-se muito enriquecedor por todos os momentos vivenciados e os aspetos atrás mencionados. O aspeto menos positivo desta experiência foi o fato de ser curto, e de sentir alguma insegurança pela falta de experiência em trabalhar com RN.

O prestar cuidados de enfermagem à criança e família *na comunidade*, numa *Unidade de Saúde Familiar* implica direcionar os cuidados de enfermagem inevitavelmente ao nível do planeamento da promoção da saúde. A DGS (2013) valoriza os cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, nomeadamente facultando aos pais os conhecimentos necessários ao melhor desempenho da sua função parental.

Segundo Roy & Andrews (2001), o objetivo da enfermagem é contribuir para promover a saúde dos indivíduos e da sociedade. As atividades de enfermagem envolvem a avaliação do comportamento e os estímulos que influenciam a adaptação. Os atos de enfermagem aumentam a interação da pessoa com o ambiente, promovendo a adaptação. Segundo o modelo de Roy, o modo de

interdependência “Incide sobre as interações relacionadas com o dar e receber amor, respeito e valor. A necessidade básica deste modo é designada por adequação emocional – o sentimento de segurança nas relações de educação da criança” (Roy & Andrews, 2001, p.30). Após o nascimento, os cuidados de enfermagem à mãe devem ser dirigidos no sentido de ajudá-la a adaptar-se ao seu novo papel. Além das preocupações fisiológicas (nutrição, eliminação e tratamento), existem outras que estão relacionados com a capacidade da mãe em cuidar do seu filho, compreender os sistemas de apoio que ela tem quando é necessária ajuda e perceber a integridade do seu autoconceito através de um período de adaptação (Roy & Andrews, 2001). Neste sentido, o objetivo dos cuidados de enfermagem é auxiliar a nova mãe em todos os aspetos da adaptação. “A enfermeira identificará o nível de adaptação da mãe e as capacidades de resistência, identificará as dificuldades, e intervirá onde for necessário para promover a adaptação da mãe” (Roy & Andrews, 2001, p. 34).

A pesquisa bibliográfica, a elaboração de um quadro com os diferentes estádios de desenvolvimento e caracterização segundo o desenvolvimento psicossocial, cognitivo e social, e a realização de um quadro com identificação dos medos característicos de cada estágio de desenvolvimento foi importante para aumentar os meus conhecimentos e interiorizar aspetos relativos ao crescimento e desenvolvimento infantil (Apêndice XII e XIII). Ao participar nas consultas de enfermagem de saúde infantil pude avaliar o crescimento e desenvolvimento dos RN, crianças e adolescentes, e estimular comportamentos promotores de saúde: nutrição adequada, promover a diversidade alimentar, o exercício físico, o brincar, promover o sono, fazer ensinamentos sobre como reduzir o risco do síndrome de morte súbita no lactente, sobre a gestão de *stress*, promover a prevenção de consumos nocivos e adoção de medidas de segurança. Nas competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem salienta-se a capacidade de implementação e gestão, em parceria, de um plano de saúde promotor da parentalidade (Regulamento nº 123/2011, Diário da República). O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem tem um papel fundamental na promoção de hábitos de saúde saudáveis ao nível do desenvolvimento de competências parentais. Sendo de salientar a importância da

otimização da saúde através dos cuidados antecipatórios (Regulamento nº 123/2011, Diário da República).

Uma observação participada da prática dos cuidados de enfermagem permitiu realizar e validar a imunização das crianças conforme o PNV, promover a saúde oral das crianças/jovens, fazer ensinamentos sobre a prevenção de acidentes e intoxicações, avaliar a dinâmica familiar e detetar precocemente situações de risco. É de salientar a importância dos cuidados antecipatórios e da parentalidade em saúde comunitária: um apoio efetivo aos pais no desempenho do seu papel, capacitando e apoiando-os a compreenderem e otimizarem as potencialidades da criança de acordo com as diferentes fases de desenvolvimento revelou-se de extrema importância.

As consultas de saúde infantil são um lugar privilegiado para o enfermeiro ajudar os pais a conhecerem melhor o seu filho, a compreenderem o seu desenvolvimento, esclarecendo dúvidas e preparando-os para os problemas que possam surgir. De salientar a valorização dos cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, nomeadamente facultando aos pais os conhecimentos necessários ao melhor desempenho da sua função parental, insere-se nas competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (Regulamento nº 123/2011, Diário da República).

A participação em reuniões relacionadas com a área de saúde infantil (reuniões do NACJR) foram também atividades relevantes tendo apreendido novos conhecimentos sobre a dinâmica desta estrutura, sendo uma experiência fundamental para o desenvolvimento profissional na deteção e referenciação de crianças em risco.

Encontra-se legislado que “Os profissionais de saúde, por inerência das funções que desempenham, têm responsabilidade particular na deteção precoce de fatores de risco, de sinais de alarme e na sinalização de crianças e jovens em risco, ou em evolução para verdadeiro perigo, pelo que há que criar, ou reformular onde existam, modelos organizativos e formas mais estruturadas de acção de cuidados de saúde que assegurem mecanismos, cada vez mais qualificados e efetivos, para intervir neste contexto” (Despacho nº 31292/2008, p.49208).

A intervenção dos profissionais de saúde na área dos maus-tratos em crianças e jovens subsiste num contexto de responsabilidades compartilhadas pelos diversos

intervenientes da comunidade. A comunicação de uma situação de perigo para a criança/jovem é obrigatória para qualquer pessoa que dela tenha conhecimento (Decreto-Lei nº. 147/99 de 1 Setembro). Os objetivos principais dos NACJR são promover os direitos das crianças e jovens, em particular a saúde, através da prevenção da ocorrência de maus tratos, da deteção precoce de contextos, fatores de risco e sinais de alarme, do acompanhamento e prestação de cuidados e da sinalização e/ou encaminhamento dos casos identificados (DGS, 2008).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem ao nível dos cuidados de saúde primários ou diferenciados, por inerência das funções que desempenha, tem responsabilidade particular na deteção precoce de fatores de risco, de sinais de alarme e na sinalização de crianças e jovens em risco, quer ao nível do diagnóstico precoce, quer na intervenção em situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem, nomeadamente identificando evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico (Regulamento nº 123/2011, Diário da República).

Para desenvolver competências na preparação da criança e família para a intervenção cirúrgica foi necessário **“Aprofundar conhecimentos sobre a preparação pré-operatória”** nos diferentes locais de estágio: Consulta de Enfermagem Pré-operatória, Serviço de Internamento de Cirurgia Pediátrica, Unidade de Ambulatório de um serviço de internamento de cirurgia pediátrica e Urgência de Pediatria (Apêndice X).

Em todos os campos de estágio foi imprescindível a realização de uma pesquisa bibliográfica exaustiva sobre a temática, a consulta de documentos disponíveis no local de estágio (manuais, protocolos, normas, registo de dados) e a observação direta da prática de enfermagem.

Na *Consulta de Preparação Pré-operatória*, as reuniões de trabalho com peritos na área da preparação pré-operatória foram muito úteis pois permitiram perceber como é feita na prática algumas intervenções de enfermagem. A organização da consulta e sistematização já existente de um conjunto de procedimentos (ensinos, utilização de vídeos, do desenho, do brincar terapêutico) facilitaram a minha aprendizagem, através de uma observação participante de como é feita uma preparação pré-operatória estruturada e programada. Esta consulta de enfermagem tem como

objetivos: minimizar o impacto de experiências desagradáveis através de brincadeiras simbólicas; esclarecer o utente pediátrico sobre os procedimentos peri-operatórios a que vai ser sujeito; facilitar a expressão de sentimentos, dúvidas, receios antes do internamento e a cirurgia; validar com o utente as expectativas relativamente ao internamento e ao ato cirúrgico; estabelecer uma relação de confiança com os profissionais e meio hospitalar; uniformizar a informação a fornecer à criança/família e garantir a qualidade dos cuidados. Os objetivos da consulta vão assim ao encontro do que refere O'Conner-Von (2000) quando diz que existem três componentes essenciais de preparação pré-operatória: fornecer informações às crianças sobre a experiência, incentivar à expressão emocional de preocupações e estabelecer uma relação de confiança com o prestador de cuidados.

Pimentel (2001) defende que a quantidade e a profundidade das informações devem ser ajustadas à idade e à capacidade de compreensão da criança. No caso das crianças com idade inferior a quatro anos, numa cirurgia programada, após a consulta, no momento do internamento a criança deve ser acolhida, se possível, pelas pessoas com quem já tinha contactado, devendo ser reservado um tempo para conversar com a criança, deixá-la fazer perguntas e repetir várias vezes as explicações (Pimentel, 2001). Pude verificar que na prática não é possível a criança ser acolhida pela enfermeira que faz a preparação pré-operatória.

Tal como refere Pimentel (2001), na preparação das crianças com idade superior a quatro anos, como possuem outro grau de compreensão, já põem questões acerca da anestesia, do ato cirúrgico e de tudo o que se irá passar. “As suas reacções traduzem-se pelo medo do desconhecido, angústia e ansiedade em relação à dor, preocupação com a imagem corporal, medo da mutilação e da morte”, Pimentel (2001, p.175). O receio de “não acordar” foi também mencionado por algumas crianças aquando as consultas.

Para **conhecer as intervenções de enfermagem promotoras da adaptação da criança e família submetida a cirurgia** procedeu-se a reuniões de trabalho com enfermeiros de cada campo de estágio. Este objetivo foi comum aos estágios de Consulta de Preparação Pré-operatória, Serviço de Internamento de Cirurgia Pediátrica/Queimados e Unidade de Ambulatório do Serviço de Cirurgia Pediátrica (Apêndice X).

A observação direta da *Consulta de Enfermagem de Preparação Pré-operatória* possibilitou-me fazer o registo das interações numa grelha que me permitiu analisar o comportamento da criança e família no pré-operatório, avaliar os estímulos que influenciam o comportamento da criança e família, proporcionando-me refletir sobre aspetos a serem melhorados na minha prestação de cuidados.

Neste campo de estágio, pude constatar que os enfermeiros adotam um conjunto de intervenções de enfermagem que contribuem para a adaptação da criança e família à cirurgia programada. Destas intervenções, evidencio as seguintes: a avaliação dos conhecimentos e a compreensão face à situação; o esclarecimento de dúvidas; a clarificação de conceitos; o ensino sobre a aplicação de creme/penso anestésico local (para realização de análises pré-operatórias); a aplicação do anestésico local (se a criança realizar colheita de sangue no próprio dia); informação sobre o circuito consultas externas/laboratório (para realização das análises) e sua localização; informação sobre o circuito bloco operatório/U CPA/enfermaria e sua localização; a existência e vantagens da pré-medicação; o tipo de indução anestésica e as reações prováveis no pós-operatório imediato. Os dados recolhidos e as intervenções realizadas durante a consulta são registadas em folha de colheita de dados segundo o modelo teórico de Nancy Roper preconizada pelo serviço. É também preenchida uma folha “*check-list*” estabelecida pelo hospital que contempla alguns itens como as alergias, os exames realizados, o jejum pré-operatório, o local da cirurgia, o consentimento informado, a consulta de anestesia, entre outros. Esta lista é verificada no pré-operatório imediato e confirmada pelos enfermeiros no BO de pediatria.

Nesta consulta são igualmente fornecidas informações sobre a importância da criança trazer um objeto significativo, a permanência dos pais, os cuidados de higiene pré-operatórios, roupa e adornos metálicos, a necessidade de jejum pré-operatório, o controlo da dor (estratégias farmacológicas e não farmacológicas) e o tempo provável de internamento.

A identificação dos hábitos/rotinas da criança relacionados com as AVD, a identificação da história de dor, o treino da escala de dor com as crianças com idade superior a 3 anos, o manuseamento de material lúdico relacionado com os materiais existentes e usados na prestação de cuidados na enfermaria e no BO, a explicação

sobre as zonas do corpo que vão estar envolvidas na cirurgia fazendo uso de folhetos ilustrativos com imagens de silhuetas para as crianças pintarem e “trabalharem” a alteração da autoimagem são outras intervenções realizadas. Para complementar a informação dada são entregues folhetos informativos intitulados “O meu filho vai ao bloco operatório”, “Como ajudar quando o meu filho diz dói” e “Como prevenir a dor do meu filho com creme ou penso anestésico local”. Ao longo de toda a consulta a disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas dos pais e das crianças pela enfermeira são evidenciadas, tal como é notória a repetição de algumas informações com intencionalidade terapêutica.

Tal como já foi abordado no capítulo anterior, as crianças que passam por procedimentos cirúrgicos exigem uma preparação psicológica e física (Brown, 2011). O mesmo autor dá-nos orientações gerais para a preparação da criança para procedimentos: analisar o conhecimento que os pais e a criança já têm, avaliar o nível de compreensão da criança e dos pais, incluir os pais na preparação, informar os pais do seu papel de apoio, garantir o feedback adequado na comunicação, usar termos concretos, não abstratos, usando imagens visuais (desenhos), evidenciar que nenhuma outra parte do corpo será envolvida, se a parte do corpo for associada a uma função específica focar se essa capacidade será ou não alterada, usar palavras apropriadas ao nível de compreensão da criança, evitar palavras e frases de duplo sentido, esclarecer todas as palavras desconhecidas, explicar à criança o que ela irá ver/sentir/ouvir/cheirar/tocar e como poderá colaborar nos procedimentos, permitir que a criança pratique os procedimentos que necessitarão de cooperação, ser honesto, reforçar os benefícios do procedimento, valorizar o final do procedimento e qualquer evento agradável que venha depois e por último dar informações que gerem mais ansiedade.

As orientações supracitadas foram verificadas e experienciadas por mim durante a consulta. Uma das estratégias utilizadas para adequar o ensino ao estágio de desenvolvimento da criança é contarem uma história em que o BO é uma “sala mágica” ou que é a “sala do sono”, podendo verificar que as crianças ficam muito admiradas e curiosas por conhecerem a sala, captando a sua atenção.

No *Serviço de Internamento de Cirurgia Pediátrica/Queimados* e na *Unidade de Ambulatório de um outro Serviço de Cirurgia Pediátrica* pude identificar como era efetuada a preparação pré-operatória.

No *Serviço de Internamento de Cirurgia Pediátrica*, as crianças submetidas a cirurgia programada já realizaram previamente a preparação pré-operatória na consulta de enfermagem. No entanto, as crianças que demonstram ansiedade e medos são abordadas pelos enfermeiros através de histórias com exemplos de crianças que já foram operadas e através da dramatização. Para Pimentel (2001, p.176), “Através da dramatização é possível obter melhores resultados do que através de uma abordagem unicamente verbal, pois sentem e percebem melhor o que lhes vai acontecer”. Este serviço dispõe de caixas onde existe material para algaliação, punção venosa, fardas e material de bloco operatório (luvas, gorros) e material de penso para que as crianças possam manipular promovendo a dramatização. No caso de crianças submetidas a cirurgia de urgência, aquelas que passam pelo serviço de internamento antes de irem para o BO, os enfermeiros têm intervenções que contribuem para a preparação pré-operatória sempre que possível. Assim, tentam dar oportunidade à criança e aos pais para verbalizarem os seus sentimentos, dúvidas e emoções, procurando-se nestas situações perceber a percepção que estas e as suas famílias têm do acontecimento.

Para Pimentel, na preparação de crianças com idade inferior a quatro anos, “Perante uma cirurgia de urgência, cabe ao enfermeiro da sala de observações fazer uma preparação prévia à criança que vai ser submetida à cirurgia, recorrendo aos familiares que a acompanham para recolher o maior número de informações no sentido de minimizar o trauma e ajudar a preparar os pais”, (2001, p.174).

Neste serviço é dada informação escrita aos pais e acompanhantes: “Guia de acolhimento da unidade de cirurgia pediátrica”, “Guia de acolhimento da área reservada a crianças queimadas”, “Cuidados a ter em casa após a cirurgia” e “Criança queimada – cuidados a ter em casa após a alta”. Nas crianças internadas, submetidas a cirurgia de urgência, procura-se no pós-operatório, perceber a percepção que estas e as suas famílias têm do acontecimento, aspeto importante também mencionado por Huerta (1996) e Sanders (2011).

Na *Unidade de Ambulatório do Serviço de Cirurgia Pediátrica*, não é efetuada uma preparação pré-operatória sistematizada e estruturada. Após tomada a decisão da

intervenção cirúrgica durante a consulta médica no serviço de Consultas Externas, é dada indicação aos pais da data da cirurgia. Na véspera da cirurgia a administrativa do serviço de internamento contacta os pais a confirmar a data e hora da cirurgia, e a informar a que horas e onde se deve apresentar no serviço. No dia da cirurgia, o enfermeiro que está escalado em Ambulatório faz o acolhimento à criança e à família e faz uma entrevista que contempla os seguintes indicadores: identificação da criança e da intervenção cirúrgica a que vai ser sujeita, dados antropométricos da criança, antecedentes cirúrgicos, antecedentes de internamentos, identificação dos hábitos de vida, reações à dor e ao *stress*, mecanismos de suporte, objetos de segurança, conhecimento que a criança e pais têm da cirurgia e verificação de orientações dadas. Confirmam o jejum, análises clínicas efetuadas anteriormente, doença anterior recente, a cirurgia que irá ser feita e se o consentimento informado está assinado. A entrevista é formalizada através do preenchimento de uma folha própria e de uma *check-list*. Faz-se a avaliação dos sinais vitais e o treino da escala da dor. Se a criança tiver mais de 4 anos, através de imagens de desenhos (desenhos para colorir) é demonstrado sumariamente o que irá acontecer posteriormente. Cada enfermeiro faz a preparação pré-operatória segundo as necessidades que identifica em cada criança e família. As intervenções de enfermagem baseiam-se em informações sobre o circuito da criança, a aplicação de EMLA local, a administração de medicação pré-operatória prescrita e a otimização da ansiedade e dos medos (se a criança e família os demonstrarem). Neste serviço não é fornecida informação escrita à criança e/ou família.

Pude constatar que algumas crianças são confrontadas no próprio dia da cirurgia que irão ser operadas, o que lhes causa grande ansiedade e medo. Pelas situações que vivenciei, isto acontece porque os pais desconhecem como confrontar a criança e pensam que lhes causa uma maior ansiedade se os informarem da situação antecipadamente. Após terem conhecimento do que lhes vai acontecer, algumas demonstram revolta, sentindo-se enganados pelos próprios pais, apresentando reações diversas, consoante a idade e personalidade de cada criança.

Durante o período em que estive a estagiar na Unidade de Ambulatório do Serviço de Cirurgia Pediátrica foi decidido pela equipa de enfermagem fazer um telefonema pré-operatório para poder evitar que as crianças sejam confrontadas no próprio dia da cirurgia que irão ser operadas, avisar a família sobre o que deve trazer para o serviço de internamento e informar ou relembrar aspetos relevantes (ex: hora a que

se devem apresentar ao serviço, medicação que eventualmente devam trazer, uso de objeto de consolo). No entanto, segundo o que é percebido por alguns enfermeiros do serviço, esta estratégia de minimizar o problema da falta de uma preparação pré-operatória estruturada e organizada fica muito aquém das necessidades das crianças e famílias, pelo que os enfermeiros não estão motivados para o fazer, sendo um problema à procura de uma solução pela equipa de enfermagem.

Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança e família, dando particular relevância ao doente cirúrgico, com competência científica, técnica e humana, foi outro objetivo definido. Os campos de estágio para atingir este objetivo foram o Serviço de Internamento de Cirurgia Pediátrica/Queimados, Unidade de Ambulatório do Serviço Internamento de Cirurgia Pediátrica e o Serviço de Urgência Pediátrica (Apêndice X).

Quando uma criança e família estão no hospital, vivem uma situação de crise, um período de desequilíbrio físico e psicológico que temporariamente diminui as suas capacidades habituais de enfrentar os problemas (Jorge, 2004). Ao permanecerem num serviço de saúde, os pais vivem momentos emocionalmente intensos, experienciando sentimentos diversos como ansiedade, medo, raiva e até frustração. Estes sentimentos podem agravar-se quando o familiar que acompanha a criança está afastado dos restantes, não tendo o suporte emocional que necessita.

No decorrer deste estágio pude constatar através de reuniões de equipa multidisciplinar que existem muitas famílias evacuadas para Portugal, ao abrigo dos Acordos de Cooperação entre Portugal e os PALOP. Estas situações remeteram-me para leituras e pesquisas sobre aspetos relacionados com a prestação de cuidados a estas famílias. Após pesquisa efetuada pude constatar que os Acordos de Cooperação entre Portugal e os PALOP não são revistos desde 1977 (DGS, 2004). A minha preocupação diz respeito à evacuação de doentes e ao incumprimento parcial ou quase total por parte de algumas embaixadas. Quando Portugal estabeleceu estes acordos foi por motivos de ligação histórica, cultural, socioeconómica e de solidariedade com estes países. O principal objetivo de Portugal com esta cooperação era auxiliar estes países subdesenvolvidos a ultrapassarem as suas dificuldades em relação à saúde. Hoje em dia deparamo-nos

com uma situação urgente que é a revisão destes acordos, para que haja um cumprimento destes de ambas as partes, principalmente por parte das embaixadas dos PALOP, de forma a garantir o tratamento e o acompanhamento destas crianças/famílias.

Esta situação remeteu-me igualmente para o facto de ter conhecimento que muitas crianças/famílias tomam a decisão de não retorno aos seus países de origem, ficando muitas delas em Portugal numa situação ilegal, acabando por perder todo o apoio dado pelas embaixadas e acabando posteriormente em situações de pobreza. O único direito que estas crianças têm no nosso país é ao Serviço Nacional de Saúde. Esta situação de ilegalidade traz complicações quer para os países envolvidos, quer para a criança e sua família. Para o país de origem esta decisão de não retorno pode provocar dificuldades na evacuação de outros doentes e para estas crianças/famílias esta decisão pode levar a situações de pobreza, delinquência e muitas das vezes ao desenvolvimento de atividades ilícitas.

Estas situações remeteram-me igualmente para os cuidados de saúde transculturais, tendo sido também uma competência desenvolvida durante o meu estágio. Para se estabelecer uma eficaz comunicação verbal e não-verbal é necessário que os profissionais de saúde possuam conhecimentos transculturais, de modo a comunicarem adequadamente com diversas populações (Purnell & Paulanka, 2010). A competência cultural proporciona melhores cuidados de enfermagem e a compreensão das necessidades afetadas destas crianças/famílias. Segundo Purnell & Paulanka (2010) muitos teóricos que estudam a diversidade cultural defendem que o autoconhecimento de preconceitos e tendências pessoais é um passo importante do processo cognitivo para o desenvolvimento da competência cultural. A capacidade de nos compreendermos a nós próprios, promove o espaço e a capacidade para integrarmos novos conhecimentos relacionados com as diferenças culturais, na base dos saberes profissionais e nas perceções das intervenções no âmbito dos cuidados de saúde (Purnell & Paulanka, 2010).

A orientação aos pais para comportamentos promotores de saúde no serviço de internamentos foi também uma constante. O sono é um processo fisiológico complexo, influenciado por propriedades biológicas intrínsecas, temperamento, expectativas, normas culturais e condições ambientais. As perturbações do sono podem causar morbidade substancial na criança, nomeadamente consequências a nível do comportamento, da aprendizagem e mesmo perturbações de

desenvolvimento como hiperatividade, déficit de atenção, déficit cognitivo e depressão (Mendes, Fernandes & Garcia, 2004). As “rotinas hospitalares” exigem uma adaptação da criança e da família ao ambiente. Segundo Roy & Andrews (2001) a atividade e o descanso são as necessidades básicas do modo fisiológico de adaptação. A atividade é importante, visto que através da atividade a pessoa vive a sua vida diária e apresenta-se como é, dentro do seu ambiente. “O repouso, por outro lado, fornece os períodos de restauração, reparo, renovação de energias e eficácia dos processos de vida” (Roy & Andrews, 2001, p.143). Cordeiro (2010, p.90) realça que “...não dormir o suficiente conduz mais cedo ou mais tarde, a uma diminuição da concentração e a irritabilidade, com aumento da ansiedade e risco de depressão. Estes sintomas podem aparecer tanto nas crianças como nos pais...”. Roy (2001) acrescenta ainda que manter um equilíbrio apropriado, quer no descanso quer na atividade, é um dos desafios da adaptação.

O sono tem um desenvolvimento próprio ao longo da vida, que acompanha a maturação do sistema nervoso nas diferentes etapas da vida da criança. Soares defende que “...durante o sono, o cérebro «aproveita» para trabalhar arduamente nas diferentes fases de registo, codificação, armazenamento e evocação da memória. Além da cooperação com o sistema imunitário, participa na recuperação de eventuais «lesões» orgânicas do cérebro ou na defesa contra agentes patogénicos” (2010, p.19), pelo que é imprescindível nas crianças e ainda mais nas crianças queimadas e submetidas a plastias cirúrgicas. No estágio de internamento do serviço de Cirurgia Pediátrica/Queimados tive a preocupação de alertar as famílias a manter alguns rituais de sono antes da criança dormir, como ler uma história antes da hora da cesta, procurar adormecer a criança (ou incentivar a mãe a fazê-lo) com a companhia do seu brinquedo preferido, pois o recurso a objetos de transição (brinquedo, boneco ou fralda) funciona como fontes de segurança para a criança (Brazelton & Sparrow, 2009), promovendo ao sono.

Guiada pelo modelo de adaptação de Callista Roy, tendo em conta o objetivo de “prestar cuidados especializados à criança e família, dando particular relevância ao doente cirúrgico, com competência científica, técnica e humana”, foi elaborada uma grelha para registo das interações de forma a avaliar a conduta e os estímulos que

influenciam o comportamento da criança e da família no pré-operatório. Este revelou-se muito útil de forma a refletir nos cuidados prestados.

Como o projeto de estágio incide sobre a temática da preparação pré-operatória da criança submetida a cirurgia de urgência, o estágio de maior relevância e o mais prolongado, foi o realizado no Serviço de Urgência Pediátrica (local de trabalho aquando a realização do projeto), onde foram definidos os seguintes objetivos que irei abordar seguidamente.

Fomentar boas práticas na preparação da criança/jovem e família para a cirurgia de Urgência, foi um dos objetivos definido para o Serviço de Urgência (Apêndice X). Para tal, foi imprescindível uma reunião com a chefe do serviço para calendarização da formação sobre a preparação pré-operatória, reuniões com os pares para partilha de saberes e experiências, a realização da formação em serviço sobre a temática “preparação pré-operatória em situação de urgência” (Apêndice VI) e a elaboração de um *dossier* de artigos sobre a temática para consulta dos enfermeiros. Também considerei importante a compilação de desenhos alusivos aos procedimentos, motivando a equipa ao uso do brincar terapêutico. Para atingir este objetivo foi igualmente pertinente participar na formação “Direitos da Criança Hospitalizada”, organizado pelo sector da humanização dos serviços de atendimento do Instituto de Apoio à Criança, onde foi lançado o kit “Dói que não Dói” (Anexo I), o que me auxiliou também a implementar um “kit de preparação pré-operatória” no serviço.

Motivar a equipa de enfermagem a intervenções que promovam a adaptação da criança e família submetida a cirurgia de Urgência, foi outro objetivo específico definido para o estágio no Serviço de Urgência Pediátrica. Para o atingir foi necessário a elaboração de uma norma de preparação pré-operatória à criança/família em situação de urgência (Apêndice IX), organizar uma caixa com objetos que são utilizados no bloco operatório para a criança em idade escolar manipular – “kit de preparação pré-operatória”, a elaboração de um “Guia de preparação pré-operatória à criança em idade escolar” (Apêndice VII), e de um folheto de informação aos pais da criança submetida a cirurgia de urgência (Apêndice IV).

Para atingir estes dois objetivos foram indispensáveis a pesquisa bibliográfica, e reuniões com a Enf^a tutora e com a Professora orientadora para esclarecimento de dúvidas, orientação, reflexão e análise das atividades realizadas.

Para a elaboração do “Guia de preparação pré-operatória à criança em idade escolar” (Apêndice VII), foi necessário fazer um pedido de autorização das fotografias ao conselho de administração do hospital onde foi realizado o estágio (Apêndice XI) e o consentimento dos pais para a realização de fotografias (Apêndice I). No capítulo seguinte irei refletir e mencionar os aspetos éticos que orientaram o meu percurso ao longo deste semestre.

3.2. Aspetos éticos que orientaram o meu percurso

“Na sua essência, a enfermagem é uma profissão que envolve situações que acarretam aspectos ético-morais de natureza complexa” (Queirós, 2001, p.18). A dependência que cresce face à tecnologia, o resultado que esta produz na forma como o ser humano experiencia o seu ciclo vital, os altos custos económicos inerentes aos cuidados de saúde leva a que as reflexões perante determinadas situações se façam segundo pressupostos ético-morais importantes. A realização deste trabalho assentou no cumprimento dos princípios morais e éticos que me acompanharam durante o estágio.

Ao longo deste percurso, as tomadas de decisão foram sempre apoiadas no código deontológico dos enfermeiros. Assim, tal como refere o artigo nº 76 - Deveres em geral - exerci a profissão com os 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 para melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem (Lei nº111/2009). Assim, tal como é descrito no artigo 78º - Princípios gerais - as intervenções de enfermagem foram realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro, sendo como valores universais a igualdade; a liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum; a verdade e a justiça; o altruísmo e a solidariedade; a competência e o aperfeiçoamento profissional (Lei nº111/2009). A população abrangida pelos diversos locais de

estágio tem características específicas devido à sua multiculturalidade, pelo que cuidei da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa, tal como é mencionado na alínea a) no artigo 81º - Dos valores humanos (Lei nº111/2009). Também respeitei e fiz respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criei condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos, alínea f) do mesmo artigo. Acrescentar, tive a preocupação de respeitar a integridade bio-psicossocial, cultural e espiritual da pessoa, tal como é descrito na alínea b) do artigo 82º - Dos direitos à vida e à qualidade de vida, do código deontológico dos enfermeiros.

Segundo Queirós (2001), o processo de tomada de decisão ética deve ser acompanhado de vários aspetos, como: assegurar-se dos aspetos técnico-científicos; ter como referência os direitos do Homem; considerar os aspetos jurídicos, pensar nos aspetos deontológicos; analisar as cartas, as recomendações e os avisos especializados, ter em conta os dados religiosos e respeitar as diferenças culturais (Queirós, 2001). Assim, durante o estágio realizado foram respeitados os seguintes princípios éticos: Autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

4. CONCLUSÃO

A Enfermagem é caracterizada pela essência do cuidar, em que a relação humana é fundamental e em que o enfermeiro surge como um elemento profissional detentor de um vasto conjunto de competências que o tornam capaz de assumir atitudes e comportamentos autónomos e interdependentes. Tem por objetivo “...prestar Cuidados de Enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (Decreto-Lei nº 161/96, p.2960). Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue, procurando, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação após a doença (OE, 2003).

Os domínios teóricos abordados ao longo deste trabalho permitiram enquadrar teoricamente os pressupostos e princípios orientadores da minha prática. O relatório apresentado contempla uma síntese da análise e da reflexão do percurso vivido, dos objetivos e atividades desenvolvidas, com o intuito de desenvolver e aperfeiçoar competências. A sua elaboração implicou o desenvolvimento da capacidade de análise, síntese, planificação e organização do trabalho desenvolvido, numa dinâmica que me permitiu uma intervenção ativa no meu processo de aprendizagem. Revelou-se um desafio à capacidade de desenvolver e adquirir novos saberes/competências, no âmbito da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e nos diferentes domínios do conhecimento. Para atingir este estágio foi imprescindível uma observação atenta, um espírito crítico e um pensamento reflexivo relativamente aos cuidados prestados. Foram consolidados e aprofundados conhecimentos sobre as competências do RN, criança e adolescente, o desenvolvimento infantil e sobre a preparação para a cirurgia, traduzindo-se numa melhoria dos cuidados prestados. Aprofundar conhecimentos sobre “a preparação pré-operatória da criança escolar em situação de urgência” à luz do modelo teórico de Callista Roy foi desafiante, uma vez que não existem muitos estudos sobre esta temática e o modelo da teórica me ser desconhecido. Contudo revelou-se um desafio alcançado por considerar ter adquirido e desenvolvido as competências de EESIP.

No período pré e pós-operatório estão implicadas muitas adaptações físicas, psicológicas e sociais, sendo um processo de crescimento e desenvolvimento para a criança/adolescente e família. A preparação para a cirurgia permite uma adaptação do doente (criança e família) à sua nova situação e ambiente, pelo que as atividades e intervenções de enfermagem são necessárias para facilitar ao doente (criança e família) adaptações bem-sucedidas (Dawson, 2003).

A preparação da criança para a cirurgia é uma intervenção autónoma de Enfermagem, inserida num contexto de atuação multiprofissional. Para Oliveira et al (2005) a preparação física, e essencialmente, a preparação psicológica constituem uma atividade independente do enfermeiro, pelo que este se deverá dotar de competências para apoiar e preparar a criança e sua família neste processo, desencadeando nas mesmas uma sequência de comportamentos e estratégias de adaptação, de forma a conseguirem lidar com os desafios mantendo sempre o equilíbrio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abrantes, M. (2012). *Dados estatísticos da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do CHLN / EPE, HSM – Relatório do ano de 2011*. Lisboa.

Andraus, L. M. S.; Minamisava, R. F. & Munari, D. B. (2012). Comunicação com a criança no pré-operatório. *Revista Brasileira de Medicina*. 242-246. Acedido em 29/05/2012. Disponível em:

http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=2846&fase=imprime

Associação dos Enfermeiros de Sala De Operações Portuguesas (2006). *Enfermagem perioperatória. Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Camarate: Lusodidacta.

Barradas, A. M. C. R. (2008). *Parentalidade na relação com o recém-nascido prematuro: vivências, necessidades e estratégias de intervenção*. Lisboa: Universidade Aberta. Dissertação de Mestrado. Acedido em 03/03/2013. Disponível em <https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/735>

Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica. Perspectiva Desenvolvimentista*. 2ª ed. Lisboa: Climepsi Editores.

Batalha, L. M. C. (2010 Dez). Intervenções não farmacológicas no controlo da dor em cuidados intensivos neonatais. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série (2). 73-80. Acedido em: 03/03/2013. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserIIIIn2/serIIIIn2a08.pdf>

Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.

Brazelton, B. (1994). *Dar atenção à criança: para compreender os problemas normais do crescimento*. Mem Martins: Terramar.

Brazelton, T. B. & Sparrow, J. (2009). *A Criança e o Sono. O Método Brazelton*. (5ª Ed.). Lisboa: Editorial Presença.

Broering, C. V. & Crepaldi M. A. (2008). Preparação psicológica para a cirurgia em Pediatria: Importância, técnicas e limitações. *Paidéia*. vol18 (39), 61-72.

Acedido em: 04/06/2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v18n39/v18n39a07.pdf>

Brown, T. (2011). Especificidades Pediátricas das Intervenções de Enfermagem. In: M. J. Hochenberry, & D. Wilson (Coords). *Wong, Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. (8ª ed.). (pp. 703-771). Rio de Janeiro: Elsevier Editora.

Conselho Internacional de Enfermeiros (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. (CIPE, Versão 2). Ordem dos Enfermeiros.

Collière, M. (2002). *Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. (5ª ed.). Loures: Lusociência.

Collière, M. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida*. (2ª ed.). Loures: Lusociência.

Cordeiro, M. (2010). *Dormir Tranquilo*. Lisboa: A Esfera do Livro.

Dawson, S. (2003). Princípios da Preparação Pré-operatória. In: K. Manley & L. Bellman. *Enfermagem cirúrgica. Prática avançada*. Loures: Lusociência.

Decreto-Lei nº161/96 de 4 de Setembro (1996). *Diário da República I Série*. (04-09-96). 2959-2962.

Despacho nº 31292/2008 de 5 de Dezembro (2008). *Diário da República, II Série*, Nº 236 (05/12/2008). 49207-49231.

Diogo, P. (2006). *A Vida Emocional do Enfermeiro*. Coimbra: Formasau.

Diogo, P. (2012). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica. Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar*. Loures: Lusociência.

Direção-Geral de Saúde (2004). *Circular Normativa nº 04/DCI (16/04/2004) – Normas gerais de encaminhamento e assistência a doentes oriundos dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) ao abrigo dos Acordos de Cooperação no domínio da Saúde*. Ministério da Saúde. Acedido em: 15/01/2013. Disponível em: <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/A110CE46-A607-4BD1-AB82-BE86B31314C3/14226/i006149.pdf>

Direção Geral de Saúde (2008). *Maus Tratos em crianças e Jovens- Intervenção da Saúde*. Documento técnico. Direcção-Geral da Saúde.

Direção Geral de Saúde (2013). *Programa Nacional. Saúde Infantil e Juvenil*. Portugal. Direcção-Geral da Saúde.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas no processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Gaiva, M. A. (2006 Jan/Abr). O Cuidar em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais: Em busca de um cuidado ético e humanizado. *Cogitare Enferm.* 11 (1). 61-66. Acedido em: 03/03/2013. Disponível em : <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/5976/4276>

Hesselgrave, J. (2011). Influências do Desenvolvimento na Promoção da Saúde da Criança. In: M. J. Hochenberry & D. Wilson (Coords). *Wong, Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. (8ª ed.) (pp. 75-100). Rio de Janeiro: Elsevier Editora.

Hochenberry, M. J. & Wilson, D. (Coords). (2011). *Wong, Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. (8ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier Editora.

Hockenberry M. J. (2014). Comunicação e Avaliação Inicial da Criança. In: M. J. Hochenberry & D. Wilson (Coords). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9ª ed.) (vol1) (pp. 122-187). Loures: Lusociência.

Hospital de Santa Maria (2005). *Plano de Anual de Actividades da Unidade de Cirurgia Pediátrica*. HSM.

Hospital Dona Estefânia (2007). *Consulta Externa de Pediatria. Manual de Procedimentos I*. HDE.

Huerta, E. P. N. (1996 Agosto). Preparação da criança e Família para procedimentos cirúrgicos: intervenção de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem USP*. vol 30 (2). 340-353. Acedido em: 29/09/2012. Disponível em:
<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/352.pdf>

Instituto de Apoio à Criança (2008). *Carta da Criança Hospitalizada*. (4ªed.). Lisboa: IAC.

Jasper, M. (2003). *Foundations in Nursing and Health Care – Beginning Reflexive Practice*. Reino Unido: Nelson Thornes.

Jorge, A. M. (2004). *Família e Hospitalização da criança*. Loures: Lusociência.

Justus R.; Wyles, D.; Wilson, J.; Rode, D.; Walther, V. & Lim-Sulit, N. (2006). Preparing Children and Families for surgery: Mount Sinai's Multidisciplinary Perspective. *Pediatric Nursing*. 32 (1). 35-43.

Lopes, M. J. (2006). *A relação Enfermeiro - Doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau.

Machado, C. & Sousa, P. J. (2007 Julho-Outubro). O medo da Criança/Família perante o internamento numa UCI Pediátrica: que intervenção de enfermagem? *Servir* 55 (4-5), 157-165.

Mateus, B. A. (2007). *Emergência Médica Pré-hospitalar – Que realidade*. Loures: Lusociência.

Mendes, L. R., Fernandes & A., Garcia, F. T. (2004 Julho/Agosto). Hábitos e perturbações do sono em crianças em idade escolar. *Acta Pediátrica Portuguesa. Revista de medicina da criança e do adolescente. Sociedade Portuguesa de Pediatria*, 35 (4), 341-347.

Moro, E. T. & Módulo, N. S. P. (2004 Setembro-Outubro). Ansiedade, a Criança e os Pais. *Revista Brasileira de Anestesiologia*. 54 (5), 728-738. Acedido em: 04-06-2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rba/v54n5/v54n5a15.pdf>

Lalanda, P. (1995). A interacção enfermeiro-doente. *Nursing*, 88 (8), 28-32.

Lopes, A. (2013). Portal de Codificação e dos GDH. Acedido em: 28-03-2013. Disponível em: http://metaweb.ine.pt/sim/conceitos/Detalle.aspx?cnc_cod=3558&cnc_ini=24-09-2002

Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro (2009). Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de Abril. *Diário da República I Série, Nº 180 (16/09/2009)*. 6528-6550.

O'Conner-Von S. (2000). Preparing children for surgery: An integrative research review. *AORN*, 71 (2) 334-343.

Oliveira, A. M. N. S. R. D. O. ; Ladeiras, A. C.; Pereira, M. C. Q. V. & Silvestre, M. N. (2005). Preparação da Criança e família para a Cirurgia – A importância do papel do enfermeiro. *Servir*, 53 (4), 202-205.

Opperman, C. & Cassandra, K. (2001). *Enfermagem Pediátrica Contemporânea*. Loures: Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2003). *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Conselho de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros. Comissão de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (2011). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Série 1, nº 3, volume 2. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Repe e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Papalia, D. E.; Olds, S. W. & Feldman, R. D. (2001). *O Mundo da Criança*. (8ªed.). Lisboa: McGraw Hill.

Phillips, K. D. (2004). Irmã Callista Roy. Modelo de Adaptação. In: A. M. Tomey & M. R. Alligood, (coords). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra – Modelos e Teorias de Enfermagem*. (5ª ed.). Loures: Lusociência.

Pimentel, M. H. (2001). Preparação Pré-operatória da Criança e da Família. *Servir* 49 (4), 172-177.

Purnell, L. & Paulanka, B. (2010). *Cuidados de Saúde Transculturais: Uma Abordagem Culturalmente Competente*. (3ª ed.). Loures: Lusodidacta.

Queirós, A. A. (2001). *Ética e Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.

Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República IIª Série*, Nº 35 (18-02-2011). 8648-8653.

Regulamento nº 123/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. *Diário da República IIª Série*, Nº 35, (18-02-2011), 8653-8655.

Roy, C. (2001). Actividade e repouso. In C. Roy & H. A. Andrews (Coords). *Teoria da Enfermagem. O Modelo de Adaptação de Roy*. Lisboa: Instituto Piaget.

Roy, C. & Andrews, H. A. (2001). *Teoria da Enfermagem. O Modelo de Adaptação de Roy*. Lisboa: Instituto Piaget.

Sanders, J. (2011). Cuidado Centrado na Família da Criança Durante a Doença e a Hospitalização. In: M. J. Hochenberry & D. Wilson (Coord.) *Wong, Fundamentos de enfermagem pediátrica*. (8ª ed.). (pp. 675-702). Rio de Janeiro: Elsevier Editora.

Santos, E. & Fernandes, A. (2004 Março). Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Revista Referência*. 11, 59-62.

Santos, M. (2001 Abril/ Maio/Junho). A Criança e o Hospital. *Nascer e Crescer. Revista do Hospital de Crianças Maria Pia. Porto*. 10 (2), 74-77.

Silva, S. (2009). Família como cliente dos cuidados. Perspectivas e práticas do enfermeiro de família. In: M. C. Barbieri, M. M. Martins, M. H. Figueiredo, M. J. Martinho, L. M. Andrade, P. C. Oliveira, H. I. Fernandes, A. I. Vilar, J. C. Carvalho & M. R. Santos. *Da Investigação à Prática de Enfermagem de Família*. (pp.58-66). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Soares, Â. (2010). *O Sono. Efeitos da sua privação sobre as defesas orgânicas*. Lisboa: Lidel.

Stefanelli, M.C. (2005). Conceitos teóricos sobre comunicação. In M.C. Stefanelli & E.C. Carvalho. *A Comunicação nos diferentes contextos da enfermagem* (pp. 28 - 46). São Paulo: Manole.

Stow, J. (2008). Cirurgia Pediátrica. In J. C. Rothrock. (Coord). *Alexander. Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico*. (13ª ed.). Loures: Lusodidacta.

Tappen, R. (2005). *Liderança e administração em enfermagem-conceitos e prática*. Loures: Lusociência.

Teixeira, E. M. D. B. R. & Figueiredo, M. C. B. A. (2009 Março). A experiência da criança no perioperatório de cirurgia programada. Referênciã. II Série (9). 7-14. Acedido em: 28-03-2013. Disponível em:

<http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1538/1/A%20experiencia%20da%20crian%C3%A7a.pdf>

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem*. Lisboa: Lusociência.

Whaley, L. (2006). Wong, D. – *Enfermagem Pediátrica – Elementos Essenciais à Interpretação Efetiva*. (7ª Ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE I – Consentimento dos pais para a realização de fotografias

Consentimento Informado para
Recolha de Imagens Pessoais

Identificação

Ana Filipa Cantinho Damas, mestranda do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, a realizar estágio na Urgência de Pediatria do Hospital XXX, de 7 de Janeiro a 17 de Fevereiro de 2013, autorizado pelo conselho de administração, vem por este meio solicitar que lhe seja permitido tirar fotografias, com a finalidade de organizar um álbum fotográfico no âmbito da realização de um guia orientador de preparação pré-operatória à criança em idade escolar e família.

Neste sentido, agradecemos que assinale o seguinte:

Autorizo / Não autorizo (riscar o que não interessa) a utilização de imagens para ações de divulgação

Se sim,

- Só com ocultação da identidade
- Só com barra na zona dos olhos
- Só sem visualização do rosto
- Sem restrições

Pode excluir a qualquer momento o consentimento dado para o tratamento das imagens.

Agradeço desde já a disponibilidade demonstrada.

XXX, ____ de _____ de 2013

Assinatura dos pais ou representantes legais da criança

Assinatura da criança/adolescente (se aplicável)

APÊNDICE II – Cronograma do 3º Semestre

APÊNDICE III – Exemplos de reflexões realizadas no estágio

Local: Serviço de Neonatologia

A opção por este campo de estágio prende-se com o fato de durante o meu percurso profissional não ter tido experiência de cuidados ao RN prematuro e/ou em situação crítica.

Reflexão I

O nascimento de um bebé prematuro é um acontecimento cada vez mais frequente e a sua viabilidade cada vez maior. Os pais de um RN prematuro vêem-se perante uma experiência desgastante, com a vivência de múltiplas sensações e sentimentos.

Tal como qualquer outra hospitalização, a permanência de um RN numa UCI/intermédios neonatais implica que seja um momento de crise para os pais. O nascimento de um bebé pré termo, pequeno e frágil, ou doente vem desfazer o sonho de um bebé ideal, trazendo sentimentos de culpa, incapacidade e medo da perda.

A vulnerabilidade que o recém-nascido apresenta pela sua imaturidade biológica, leva a um internamento prolongado nas Unidades de Cuidados Neonatais. Este facto leva a que haja um aumento da angústia e medo dos pais, já fragilizados pelo próprio nascimento prematuro. Experimentam sentimentos de culpa e incapacidade em proteger o seu bebé, que se apresenta colocado numa incubadora, rodeado de fios e aparato tecnológico. É toda uma conjuntura de desequilíbrio, em que a intervenção do enfermeiro especialista é deveras importante no sentido de desenvolver as capacidades da família, de forma a ajustar-se a esta situação.

Na UCIN (Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais), a assistência de cuidados é contínua de modo a evitar complicações e sequelas. Estas muitas vezes são incapacitantes e acompanharão o bebé ao longo da vida.

O bebé é “separado” dos seus pais imediatamente após o nascimento. Permanece por um período mais ou menos longo num ambiente que embora imprescindível para a sua sobrevivência, (pela tecnologia sofisticada que lhe

assegura eventualmente a vida), mas que lhe é também hostil, pela agressividade das técnicas e procedimentos invasivos a que é submetido, assim como pela privação afetiva a que está sujeito. O afastamento do bebê imediatamente após o parto, vai privar a díade (mãe-filho) do primeiro contacto e interromper o processo de vinculação ou afeiçoamento entre os mesmos. Assim, o nascimento de um RN é uma situação geradora de grande *stress* num momento em que o casal ainda está a preparar-se para o desempenho da paternidade. Sentimentos de culpa e de fracasso estão frequentemente presentes e podem comprometer o processo de vinculação com o bebê. Esta experiência é exigente para os pais, pois implica profundas alterações na dinâmica familiar, estar num ambiente desconhecido e estabelecer relações com os diferentes profissionais.

Com a finalidade de estruturar a reflexão, utilizei como quadro conceptual o ciclo reflexivo de Gibbs (1988), citado por Jasper (2003), que é composto por seis etapas que norteiam o processo reflexivo (descrição, sentimentos, avaliação, análise, conclusão e planeamento da ação).

Segundo Kim (1999), a prática reflexiva é um processo de análise consciente acerca do que se verificou e que se traduz na reflexão sobre as práticas, (citado por Santos & Fernandes, 2004), pelo que pretendo com esta reflexão desenvolver competências reflexivas, de modo a atingir uma nova compreensão da situação vivenciada.

Descrição

A Maria (nome fictício) é uma bebé de 20 dias de vida. Nasceu com 38 semanas e 1 dia. Às 22 semanas de gestação foi diagnosticado um linfagioma cervical à direita. Posteriormente veio-se a constatar através de RMN (Ressonância Magnética) que o linfagioma cervical à direita atingia o mediastino, deprimindo o coração para a esquerda e apresentava derrame pleural à direita. Foi efetuada amniocentese e ecocardiograma fetal durante a gravidez. A bebé nasceu por cesariana sob anestesia geral. Foi entubada endotraquealmente e transferida para a UCERN (Unidade de Cuidados Específicos ao Recém-Nascido).

Antecedentes Familiares: A mãe terá tido um aborto espontâneo antes de ficar grávida da Maria. Os pais, ao receberem a notícia da malformação ficaram assustados. Porém, segundo informações dos mesmos, foi-lhes dito que a “massa cervical torácica” seria um problema que podia “solucionar-se” com uma cirurgia!

A Maria nasceu e no dia seguinte foi submetida a uma intervenção cirúrgica ao linfangioma. Porém, após a cirurgia, a equipa médica deparou-se que a situação era mais complicada relativamente àquilo que tinham previsto... Fez TAC (Tomografia Axial Computorizada) 21 dias depois de ter nascido e repetiu TAC com contraste 7 dias depois... O estado geral da Maria entretanto agravou-se. A ferida operatória apresentava sinais inflamatórios, iniciou febre. A situação era de mau prognóstico porque a massa era muito invasiva e envolvia órgãos, veias e artérias vitais.

A mãe da Maria despertou a minha atenção logo no primeiro turno pelo stress e nervosismo que demonstrava quando a bebé era abordada por alguns colegas na realização de vários procedimentos e/ou técnicas de enfermagem. Alguns comentários eram ouvidos pelos colegas como: “ela (referindo-se à mãe) aparentemente fica mais ansiosa quando a bebé é tratada por determinados colegas...”)

No entanto eu associei-o a uma ansiedade normal de uma mãe que se depara com uma realidade tão difícil de lidar...e onde vê nos elementos mais velhos, talvez maior confiança e segurança nos cuidados prestados!

Ao longo do ensino clínico constatei que o seu comportamento demonstrava algum acanhamento em expressar os seus sentimentos. À medida que o estágio foi decorrendo mantivemos uma relação de confiança mais consistente, e a mãe foi verbalizando o que sentia.

Naquele dia tivemos uma conversa mais profunda na qual a Joana (nome fictício para me referir à mãe da Maria) verbalizou alguns dos seus sentimentos... E revelou talvez a “principal causa do seu acanhamento”: Estava revoltada com a situação criada porque tinha previsto que a situação seria fácil de solucionar com uma intervenção cirúrgica (apenas uma). Verbalizou que se soubesse que a Maria iria estar a sofrer tanto teria abortado,

porque sentia que a bebé estava num grande sofrimento... E não tinha a perceção de quando este sofrimento iria acabar e com que desfecho!

Chegou mesmo a verbalizar o quanto para si tinha sido difícil abortar mas que ao ver a filha naquele estado a deixava ansiosa, sem saber o que pensar ou sentir.

Sentimentos

Nesse dia a mãe aparentava estar preocupada, inquieta e triste. Cansada por a Maria estar internada há 26 dias na UCERN e bastante deprimida com a situação vivenciada. Negociou-se com a mãe para esta ir almoçar com o pai, que entretanto tinha chegado para ver a bebé.

Quando regressou mencionou se poderíamos posicionar a coberta da incubadora de forma que “os bonecos do tecido ficassem virados” para a Maria... - “Ela já observa atenta os bonecos!” (comentou)... Esboçou um sorriso, mas ao mesmo tempo os olhos arrasaram-se de lágrimas...O silêncio dizia tudo! “Querem levá-la outra vez ao bloco!...”, referindo-se aos médicos da Cirurgia Pediátrica. “Nunca pensei passar por isto! Se eu soubesse que isto seria assim.... Que ela iria sofrer tanto!...”

Os olhos arrasaram-se de lágrimas, no rosto caíam sem parar, ficou com fâcies avermelhada e saiu da Unidade... Não consegui dizer uma palavra!

Esta situação gerou em mim algum desconforto. Fiquei remetida ao meu silêncio e preocupada com a mãe e com a situação. Fiquei sem perceber se ela não queria que a Maria fosse novamente submetida a uma cirurgia ou se tudo tinha sido “um desabafo”, “uma descarga de adrenalina” da situação vivenciada.

Inquieta com a situação, verbalizei com os colegas que estavam a trabalhar no mesmo turno. Apercebi-me que a mãe tinha ido para a sala dos pais chorar! Passados uns 30 minutos do sucedido, a mãe aparece mais recomposta, colaborando nos cuidados que acabavam de ser prestados, remetida ao silêncio e aos mimos. Senti-me constrangida, sem saber como a abordar da melhor maneira, e continuei sem perceber o que se estava a passar... Passado algum tempo ouvi uma médica dizer que ia falar com os pais sobre uma outra reunião que a equipa médica queria fazer com os pais sobre a situação clínica da Maria. Posteriormente ao abordar a mãe perguntei-lhe se já tinham

combinado alguma reunião com ela. “Sim! Será amanhã pelas 10h! Vamos ver o que nos vão dizer! Eles são sempre tão vagos.... Nunca nos dizem as coisas...”. Abanando com a cabeça e observando a Maria refere: “Se eu soubesse que irias passar por tudo isto.... Nunca pensei!”

Avaliação

Será que estes pais têm noção da gravidade da situação? Será que pensam que a bebé poderá morrer durante a intervenção cirúrgica? “Aquela saída” da UCERN, “aquele choro repentino”, terá sido um momento de libertação de sentimentos/emoções? Será que a mãe não quer que a bebé seja intervencionada? Porque fica tão pouco recetiva a alguns enfermeiros do serviço? Porque expõe questões apenas a 3 ou 4 enfermeiros do serviço, mesmo quando não são eles os responsáveis de turno pela sua bebé?

Aqueles 30 minutos de ausência da mãe pareceram-me uma eternidade. Fiquei angustiada e triste por não saber o que dizer à mãe e como lidar com o seu comportamento. Questionei-me muitas vezes sobre o que tinha feito ao longo daquele turno, porque o tinha feito, como o tinha feito, as palavras que tinha proferido.

O processo de cuidados é um processo relacional, “...é um meio de comunicação e libertação de sentimentos humanos (...), um meio de progresso onde um indivíduo se move em direcção a um elevado sentido do ser e de harmonia com a sua mente, corpo e alma”, (Watson, 2002, p. 122), pelo que o aspeto emocional e a comunicação no cuidar de enfermagem é extremamente importante. Por necessidade do serviço tive de interromper o contacto que estava a ter com “esta família” ... (Tínhamos recebido outro bebé na UCERN!). Entretanto ainda continuava a refletir sobre o sucedido e a pensar na melhor forma de abordar a mãe.

Quando uma criança e família estão no hospital, vivem uma situação de crise, um período de desequilíbrio físico e psicológico que temporariamente diminui as suas capacidades habituais de enfrentar os problemas, Jorge (2004). Ao permanecerem num serviço de saúde, os pais vivem momentos emocionalmente intensos, experienciando sentimentos diversos como

ansiedade, medo, raiva e até frustração. Para Jorge (2004), a situação emocional, associada às diferenças culturais e experiências anteriores, pode tornar incompreensível até a informação mais simples.

Será que a equipa médica estará a ser verdadeiramente esclarecedora? E nós, enfermeiros? Será que estamos a ajudar esta mãe da melhor maneira? Será que a abordagem a esta mãe não é de evitamento por parte de alguns colegas?

Senti algum “alívio por estar ocupada” com outros doentes... Os momentos de alguma “pausa”, davam-me tempo para “digerir” a situação e preparar-me para um “novo contacto” com a mãe. Collière (2003) refere que a relação de enfermeiro/cliente está impregnada de emoções que se transmitem em cascata. E era assim que eu me sentia! Uma cascata de emoções! Quando me via “mais liberta” de trabalho lá estava eu a pensar no mesmo assunto! Também Diogo (2006) refere que cuidar em pediatria está intensamente revestido de ressonância emotiva e afetiva.

Assim, depois de “dar espaço” a ambas de gerir as nossas emoções, no momento que considerei oportuno convidei-a a ir beber um chá à sala dos pais. Ela aceitou, tentando esboçar um sorriso que logo me transmitiu alguma tranquilidade! Fiquei bastante satisfeita pela mãe ter aceitado o convite! Era a minha oportunidade de compreender o que ela estava a pensar e a sentir, e de poder melhorar alguns aspetos relativos à minha prestação de cuidados/postura. Durante o “período do chá”, perguntei-lhe diretamente qual a razão daquele comportamento! Ela ficou em silêncio... (mas a face de tristeza transparecia que me queria dizer algo mais...) “Eu tive um aborto! Queria tanto ter uma bebé! Mas não assim.... A sofrer desta maneira!” (Dei espaço para que ela expressa-se as suas preocupações e dificuldades.) A mãe descreveu como tinha “projetado a filha antes do nascimento e como a via no presente”. Referiu sentir muita dificuldade em aceitar esta situação. Estava preocupada com o futuro da filha e com o impacto que esta situação teria na vida futura da Maria.... Verbalizava a esperança de que toda a situação fosse um “pesadelo”,

mas reconhecia que não o era, que era uma situação real... Verbalizou ter saudades de estar em casa, que sonhava estar em casa com a bebé...!

Avaliação e Análise

Esta experiência foi muito enriquecedora. Fez-me refletir sobre o meu papel como EESIP, e sobre as minhas dificuldades nesta situação. Penso que consegui desenvolver estratégias para incentivar e dar reforços positivos à Joana.

Esta situação foi partilhada com outros colegas, o que foi extremamente importante, pois em conjunto procurámos ajudar a confortar a Joana.

O aspeto menos positivo desta experiência foi o fato do estágio ser curto, e ter tido alguma dificuldade no início na abordagem à Joana.

Inicialmente a equipa multidisciplinar pensava que a mãe teria optado por manter aquela gravidez por dificuldade em engravidar e porque já tinha tido um aborto espontâneo. Pensava-se que a Joana se tinha recusado a fazer IVG (Interrupção Voluntária de Gravidez) pois tinha sido algo proposto pelo médico que seguiu a gravidez. No entanto, durante o período de estágio, apercebi-me que “a esperança” de que a situação fosse mais simples de ser resolvida tinha levado os pais a “manterem aquela gravidez tão desejada”. Segundo a mãe, a forma como “uma médica da Cirurgia Pediátrica” lhe apresentara a situação induziram-nos a pensar que era uma situação que se resolveria facilmente com apenas uma cirurgia, e que a bebé ficaria bem.

No caso apresentado, poderia eventualmente ter “explorado” mais certos assuntos quando conversávamos inicialmente... Poderia tê-la abordado mais cedo relativamente aos motivos da sua ansiedade, ou até abordá-la a sós. Mas como me parecia ser uma pessoa tímida tive receio de a intimidar ainda mais. E eu própria, pelo facto de não ter experiência na área de Neonatologia sentia-me igualmente pouco segura, com receio de não ter uma resposta adequada ou de um comportamento pouco adequado à que a situação o exigia, pela situação delicada que era, por ter consciência da gravidade da situação, ficando com a sensação de que “deverei promover a esperança nestes pais” mas também tendo a consciência da grande possibilidade desta bebé não sobreviver ao problema grave de saúde que apresentava...

Tenho consciência que “se aquele dia” tivesse sido mais cedo, teria sido facilitador neste processo. A relação que estabeleci com a Joana evoluiu consideravelmente a partir do momento em que percebi a causa das suas angústias e dos seus receios. O facto de ela ter partilhado uma experiência negativa comigo foi facilitadora na sua compreensão do que sentia e do que estava a passar naquele momento...Ansiedade, culpa, revolta, medo, raiva, desespero.

Reportando-me à experiência relatada posso inferir que a minha motivação, a minha capacidade de diálogo, compreensão e sensibilidade, contribuíram possivelmente para ajudar a Joana no seu crescimento e desenvolvimento pessoal, e a aceitar que os seus sentimentos são válidos. A minha experiência pessoal e profissional, o facto de já ter sido mãe também influenciaram favoravelmente a resolução desta situação. Tentei transmitir-lhe que todas as experiências podem e devem ser construtivas, mesmo quando são experiências com cargas bastante negativas e que todos estamos sempre a aprender e a evoluir. Uma atitude positiva perante as adversidades é o primeiro passo para as conseguir ultrapassar. Por isso procurei transmitir-lhe ânimo, estímulo e muitos reforços positivos, para ganhar segurança, auto-confiança e “fazê-la olhar” este período como um período de aprendizagem, uma dádiva de afeto. Penso tê-la ajudado a desmistificar muitos dos seus medos, problemas e dificuldades.

A disponibilidade de tempo limitada, as características próprias de um serviço como a UCERN, o cansaço, leva a que muitas vezes os próprios profissionais se afastem dos pais... porque não sabem qual a melhor resposta a dar, o que dizer a uns pais que estão devastados com uma situação tão grave, onde as expectativas são tão grandes e onde o risco de morrer é imenso, pois todos sabemos do risco de uma cirurgia destas. O facto da UCERN estar com muitos bebés, de eu ser “estagiária” e não ter experiência nesta área tão específica não foi benéfico. A disponibilidade de tempo (e até emocional) dos profissionais não era muita e eu, embora enfermeira, ali era uma aluna, e ao princípio senti que os pais olhavam-me como uma estranha.

Conclusão e Planeamento da ação

No contexto apresentado, penso que poderia ter tentado explorar o assunto de forma mais aprofundada mais precocemente. Poderia ter ido mais vezes à sala dos pais para estar com eles e conversar, de forma a eles terem oportunidade de me conhecerem e eu a eles.

Possivelmente a mãe não teria andado tão angustiada e com um sentimento de culpa tão grande (pelo facto de ter ido com uma gravidez para a frente com uma bebé que agora estava viva, mas que sofria muito cada vez que era manipulada, aspirada...).

Considero que na intervenção desenvolvida com a Joana percebi a sua necessidade em expressar as suas emoções/sentimentos e criei oportunidades para tal. Procurei promover a reflexão sobre determinadas vivências, para a ajudar a analisar o acontecimento anterior e a vê-lo sobre outra perspetiva. Também refletindo sobre as vivências mais positivas que foram ocorrendo ao longo deste processo. Assumi também uma função de suporte, na medida em que valorizei a sua dimensão pessoal, promovendo a sua auto-confiança e fazendo reforços positivos.

Se a situação fosse hoje possivelmente teria agido de uma forma mais estruturada e segura, pelos conhecimentos que tenho vindo a adquirir ao longo do estágio e pela bibliografia que consultei neste âmbito. Sensível a tudo o que envolve uma UCERN e como futura enfermeira especialista, procuro o aperfeiçoamento das minhas práticas pelo que esta experiência e este estágio se demonstraram muito úteis.

Ao longo da conversa estabelecida com a mãe, esta verbalizou que apesar de sentir que a unidade era um local estranho, hostil e gerador de stress, desde que tinha sido recebida naquele serviço sentia apoio nos profissionais e que nele encontrou um **ambiente** que lhe transmitiu **afeto** e **segurança**. Ao longo da conversa realçou o modo afetuoso como a Maria e a família foram abordadas no serviço. No entanto, verbalizou o seu receio da cirurgia, do futuro...

Reflexão II

A entrada de uma criança numa UCERN é, regra geral, uma situação traumática e angustiante para os pais.

Verifiquei que quando os pais chegavam à Unidade e viam o seu filho pela primeira vez, ficavam assustados, ansiosos e interrogativos. Aparentemente parece que pouco ou nada ouvem das informações dadas pelos profissionais. Aqui, é muito importante a nossa sensibilidade, capacidade de espera e de comunicação não-verbal. É essencial, saber esperar pela altura em que se sente que os pais estão mais preparados para todas as informações.

Um bom acolhimento ao recém-nascido/pais/família é extremamente importante, pois considero-o como um momento de conhecimento familiar, envolvimento, partilha, e o início de uma relação de confiança eficaz e adequada. Acolher a criança e a família em situação de doença, fazê-las sentirem-se importantes na sua unicidade, é sem dúvida, não só uma forma de iniciar uma parceria de cuidados, mas também proporcionar cuidados não-traumáticos, com vista ao bem-estar do bebé e família.

O internamento numa UCERN é muitas vezes sinónimo de que a criança está numa situação com algum grau de gravidade, logo a ansiedade e o medo é grande, sendo também assustador todo “o aparato de aparelhos” que as pessoas desconhecem e não sabem para que servem.

De acordo com os achados de Diogo (2012), os enfermeiros na sua prática de cuidados à criança e sua família, procuram **promover um ambiente seguro e afetivo**, porque as emoções perturbadoras que estes vivem podem estar associadas a um ambiente percebido como estranho, stressante, frio, assustador ou adverso, e dominador. “Um ambiente seguro e afectivo implica elementos e mensagens humano-afectivas nas interacções e também os aspectos físicos do contexto, que possam ser percebidas como seguros e familiares pelos clientes – um ambiente onde as pessoas se sentem bem...”, Diogo (2012, p.116). A situação apresentada anteriormente reporta precisamente este aspeto. A mãe da Maria referiu que embora considerasse a UCERN um local estranho, hostil e gerador de stress, sentia apoio nos

profissionais, um ambiente de afetos e transmissor de segurança, no entanto penso que este aspeto poderia ser melhorado.

Senti que alguns profissionais “viam aquela família” com um certo desconforto.... Talvez por ser uma situação tão delicada.... Onde é exigido bom senso, sensibilidade, experiência, maturidade pessoal e profissional...

No contexto de cuidados é defendido que a dimensão emocional tem um elevado potencial terapêutico. Contudo, o modo pró-ativo de criar ambientes e contextos relacionais com determinada tonalidade afetiva é essencial.

Um ambiente físico, mesmo com as características peculiares de uma unidade de cuidados intensivos, pode ser um fator facilitador da promoção de um ambiente seguro e afetuoso. Segundo Diogo (2012), tanto o “ambiente físico”, como o “ambiente humano” têm uma influência grande nos clientes em termos emocionais.

Ainda relativamente à situação anterior...

Fiquei ali, de coração aberto a ouvi-la (à Joana)! O relógio pareceu-me parado por segundos! Senti a sua dor por meio dos silêncios entre as suas frases...A sua mágoa de ter “perdido o seu bebé” (referindo-se ao aborto anterior)... A menina que tinha idealizado e que agora estava naquela situação clínica tão difícil. Tal como Goleman refere “há muito mais subtilezas de emoção do que nós temos palavras para descrevê-las”, (2002, p.310). Respeitei os silêncios dela, ouvi-os, escutei-a ativamente...

Num mar de emoções em que estava envolvida, percebi o desespero daquela mãe, o seu sofrimento... Os meus olhos ficaram molhados... Respirava devagar (tentando conter que as lágrimas percorressem a minha face...). Considero a escolha desta situação pertinente dada a sua complexidade e emotividade envolvida. Esta situação permitiu-me desenvolver competências específicas da gestão da emocionalidade. Como refere Lopes (2006) a relação enfermeiro/cliente como intervenção terapêutica implica a gestão das emoções. Esta experiência permitiu-me mobilizar para a prática saberes adquiridos, novos saberes, contribuindo para cuidados individualizados, em resposta às necessidades específicas desta família. Esta “gestão de emoções” faz parte do meu cuidar, mas em determinadas situações confesso que é bastante difícil,

principalmente quando não sabemos fazer o “distanciamento correto” e necessário com a nossa vida pessoal.

No momento da situação vivenciada fiquei bastante preocupada com a reação da mãe. Por outro lado, pensei que o facto de não me ter aproximado mais inicialmente da mãe não foi o mais adequado.... Senti ambivalência entre ir ter com a mãe (aproximar-me desta no momento para tentar compreender melhor a situação) e dar-lhe espaço (para libertar as suas tensões através do choro) e os meus próprios sentimentos de impotência e de insegurança. Também o desconforto que a situação tinha gerado em mim “dizia-me” que eu própria precisava também de espaço para emocionalmente gerir aquela situação e tentar seleccionar a melhor opção a tomar e “encontrar as melhores palavras a proferir”. Acabei por decidir dar espaço a “ambas” e deixa-la chorar.

Senti que inicialmente não sabia o que dizer quando a mãe entrou novamente na UCERN. Senti que “aquele momento” não era o oportuno para tentar abordá-la e incentiva-la a exprimir os seus sentimentos. Também por sua iniciativa não o fez e o facto de estarem mais pais na unidade e outros elementos da equipa de saúde poderiam tê-la inibido de o fazer.

Preferi ficar em silêncio e esperar que a minha sensibilidade e bom senso me dissessem qual seria o melhor momento. Estava com a cabeça cheia de questões, tinha um turbilhão de sentimentos dentro de mim. Estava inquieta e até pouco satisfeita com a minha prestação. (O turno estava complicado, com muito trabalho para fazer, o que me trazia alguma ansiedade acrescida).

Como refere Diogo (2012), construir a estabilidade relacional, implica um envolvimento emocional, gestão de episódios conflituosos e equilíbrio de poderes. Não existem duas situações iguais. Cada criança, cada família são únicas e cada pessoa reage de maneira diferente a situações semelhantes. Considero que a atitude da mãe refletiu a sua dificuldade em se adaptar à nova realidade. A existência de uma relação com esta família ajudou-me a tomar opções, a decidir qual a melhor forma de me aproximar desta mãe, de a ajudar. Senti-me satisfeita por sentir que o convite para “tomar um chá” foi um momento oportuno e importante para mim, como prestadora de cuidados e para a mãe, como cliente, pois a sua necessidade de partilha de sentimentos, angustias, medos e ansiedades era relevante, sendo uma *estratégia de coping*

para a mãe. Uma escuta ativa fez-me ter uma compreensão profunda sobre a situação, conhecer as suas individualidades e vulnerabilidades.

Os pais na UCERN, como noutros internamentos, sentem que a “sua influência” sobre o filho está diminuída. “Os pais sofrem no seu amor, mas também vivem a ruptura do seu projecto, da sua ambição. A sua angústia ajusta-se muito a sentimento de fracasso (...). Sentem-se frustrados e culpabilizados” (Jorge, 2004, p.20).

Na situação apresentada, pude aplicar conhecimentos e habilidades que aumentassem a confiança e laços relacionais com a mãe e os profissionais de saúde. Também o momento do chá permitiu-me capacitar a família na mobilização de recursos para melhor se adaptar à realidade. (Analisámos e discutimos aspetos práticos relacionados com o facto de ela necessitar de tempo também para ela, para cuidar de si, para estar com o pai, refletindo sobre que outros familiares e recursos comunitários a pudessem ajudar...).

Tal como refere Diogo (2012, p.147), “No relacionamento com o cliente a emoção e o sentimento espelha-se no cuidar”. Assim, analisando o relacionamento emotivo nos cuidados, a relação assume características peculiares que passam pelo **envolvimento afetivo** com o cliente. A relação de proximidade que estabeleci com esta família e até o chorar com esta mãe fazem parte deste relacionamento. “As lágrimas dão testemunho da existência de um relacionamento genuíno”, (Diogo, 2012, p. 151). Após a conversa tida (momento do chá), a mãe apresentou-se mais descontraída, parecia aliviada e até mais confiante no seu papel parental. Para Diogo (2006, p. 153), “...os afectos promovem a proximidade com o cliente e ao estarmos mais próximos compreendemos melhor as pessoas – a empatia -, o que por sua vez vai contribuir para desenvolver a relação de ajuda”. Foi isto precisamente que senti quando conversei com esta mãe.

Cuidar com emotividade permite desenvolver um relacionamento com a criança/família para que estes se sintam bem, o que é benéfico na relação que se estabelece com estes e na qualidade dos cuidados que são prestados. O modo de lidar com as emoções expressas pelos clientes e o uso das emoções enquanto instrumento terapêutico é de extrema importância. Reconhecer e compreender a comunicação verbal e não-verbal destes, o seu

comportamento, e utilizar estratégias e técnicas adequadas de comunicação e relacionamento são essenciais na prestação de cuidados. Um ambiente acolhedor é muito importante para **promover a afetividade** na relação. Neste caso o fato das incubadoras estarem muito próximas umas das outras por falta de espaço é pouco confortável, existindo a falta de privacidade que é necessária, ainda mais em situações de gravidade como esta.

Esta situação remeteu-me para a importância do ambiente promotor da afetividade, para a **dádiva de afeto** e para a importância do papel do enfermeiro especialista em **situações de elevada complexidade**. Assim, esta situação permitiu-me refletir sobre aspetos importantes da minha prestação de cuidados e desenvolver competências no cuidar da criança e família em situações de especial complexidade, pelo que revelou-se extremamente enriquecedora. Também o facto de refletir sobre a minha resposta emocional na prestação de cuidados foi profícuo. A acrescentar, esta situação fez-me pensar na evolução dos cuidados em pediatria...

O cuidar da criança foi-se modificando ao longo do tempo, sendo a **parceria de cuidados** fruto desta evolução, sugerindo-nos um modelo de Cuidar em Enfermagem Pediátrica assente no pressuposto de que a família é o “alvo de cuidados” e que os cuidados devem ser organizados e centrados nas necessidades familiares. Esta filosofia é sustentada principalmente por crenças e valores que defendem que os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança, respeitando e valorizando a sua experiência no cuidado dos filhos e o seu contributo na prestação de cuidados. Assim sendo, o foco de atenção do enfermeiro de Pediatria engloba não só a criança mas também a sua família.

Na Neonatologia este conceito é muito mais do que um objetivo a alcançar, é uma realidade, reconhecendo-se a importância da permanência da família junto do bebé. Os enfermeiros de Neonatologia são os profissionais indicados para realizar a integração dos pais nos cuidados ao RN prematuro. Somos o principal elo de ligação entre o RN e pais, e para tal é primordial o estabelecimento de uma relação de empatia, de ajuda e de confiança. Só através de uma comunicação eficaz é possível estabelecer todas estas relações, com a finalidade de melhorar a adaptação dos pais à nova realidade,

contribuindo para a estabilidade do seu filho e para a sua participação nos cuidados, tornando-os parceiros no cuidar.

É importante que seja transmitido aos pais que eles são os melhores prestadores de cuidados e que se sintam intervenientes no plano de cuidados do seu bebé, personalizando e humanizando esses mesmos cuidados e fomentando um processo de vinculação familiar efetiva. Para Anne Casey, enfermeira que desenvolveu o Modelo de Parceria de Cuidados, a parceria valoriza o papel da família e permite o estabelecimento/desenvolvimento da vinculação.

Nos últimos anos a sociedade sofreu profundas transformações: o aumento do número de divórcios, a mudança do papel da mulher, a diminuição do número de filhos por casal, a valorização do amor, o planeamento familiar, o aumento do desemprego, as condições precárias de muitos trabalhadores, a instabilidade financeira, a falta de recursos económicos, as transformações diversificadas no que toca à constituição e composição familiar, leva a que existam situações familiares únicas as quais exigem uma maior sensibilização dos profissionais. Numa época marcada por uma forte cultura sobre a racionalização de custos, em que se torna difícil o equacionar das diversas necessidades de dependência das crianças e jovens, restrições importantes nos gastos da saúde e da segurança social, leva à necessidade de novas políticas administrativas e de gestão com a finalidade de utilizar de forma mais eficiente os recursos de saúde existentes.

Assim, durante o período de estágio, pude constatar que o tempo de preparação para a alta hospitalar ou mesmo para uma transferência do bebé para outro serviço (de forma a dar resposta às necessidades da UCERN) torna-se cada vez mais curto e isso aumenta muitas vezes o *stress* nos pais.

Igualmente importante é avaliar a predisposição que os pais detêm para a parceria, sendo que este comportamento não se revela de imediato, principalmente num RN prematuro. Também aqui, o enfermeiro tem um papel de extrema importância ao incentivar os pais, ao dar-lhes uma noção de investimento de poder, para que se sintam capazes de agir e intervir. A este

processo dá-se o nome de “*Empowerment*” ou *empoderamento* e consiste na capacitação do indivíduo em reconhecer as suas competências.

Tanto o enfermeiro como a família contribuem para esta relação com os seus conhecimentos, atitudes, sentimentos, habilidades e padrões de conduta. O Regulamento para o Exercício Profissional de Enfermagem – REPE – reconhece a importância da relação de ajuda na profissão de enfermagem ao mencionar que os cuidados de enfermagem são caracterizados por estabelecerem uma relação de ajuda com o utente (Ordem dos Enfermeiros, 2012), no entanto esta relação exige tempo, disponibilidade e vontade dos enfermeiros.

Esta mãe consegue antever algumas das dificuldades e problemas que irá encontrar, mas muitas outras nesta fase ainda não consegue antever. A hospitalização de uma criança gera instabilidade e desequilíbrio acentuado no sistema familiar, capaz de desencadear uma situação de crise. Será uma crise, se e quando os movimentos de adaptação ou a situação de hospitalização implicarem uma mudança qualitativa da estrutura e vínculos relacionais familiares. “Este tipo de mudança pode ocorrer, por exemplo, se à situação de hospitalização se associar o início de uma doença crónica ou um quadro de mau prognóstico”, (Jorge, 2004,p.44), como é o caso apresentado.

Para Watson (2002, p. 55), “...o cuidar requer envolvimento pessoal, social, moral e espiritual do enfermeiro e o comprometimento para com o próprio e para com os outros humanos (...), envolve valores, vontade, um compromisso para o cuidar, conhecimentos, acções carinhosas e suas consequências”. Diogo (2012, p.159) defende que “Os enfermeiros apresentam uma disposição emocional, ou seja, uma atenção afectiva e sensibilidade para com as pessoas (clientes), e para com as experiências emocionais destes, de forma intencional e persistente”. Porém, a sua **disposição emocional** também sofre oscilações sendo regulada pelos próprios enfermeiros com intencionalidade terapêutica.

Esta família, e em especial, esta mãe, embora tenha atitudes de depressão, demonstrou estar a ajustar-se gradualmente à situação. Os sentimentos de

perda e de tristeza são evidentes mas a sua preocupação no bem-estar da filha é notória. Ela preocupa-se com a necessidade de cuidar dela, reconhece a importância de estar presente. A necessidade de expressar sentimentos revela que gradualmente está a aceitar as mudanças e a situação real da filha. A família em todo este processo de adaptação necessita de mobilizar *estratégias de coping*. Neste sentido, o enfermeiro tem um papel muito importante em ajudar a família no sentido de promover o crescimento familiar e evitar o risco de disfuncionamento (Jorge, 2004). O contacto de famílias com situações similares, os *grupos de auto-ajuda*, a participação nos cuidados à filha, o ir a casa, a expressão e verbalização de sentimentos podem ser estratégias significativas neste processo. Neste caso verificou-se algumas destas estratégias, mas o fato da mãe estar já há muitos dias sem ir a casa não foi benéfico para a família. Reportando-me ao passado penso que se deveria ter “negociado” melhor este aspeto. “A ajuda à família só é possível se esta fizer parte integrante da equipa assistencial sentindo que o seu papel se mantém mesmo quando não pode prestar todos os cuidados ao filho” (Jorge, 2004, p. 176). O fato desta família estar a viver uma situação de internamento prolongado, estando a mãe longe dos restantes elementos familiares, dificulta este processo de adaptação, aumentando a necessidade de apoio institucional.

Embora tenha sido pedido o apoio da Psicóloga do hospital e esta tenha intervindo junto desta família, considero que o enfermeiro especialista encontra-se numa situação privilegiada para em situações de especial complexidade como esta, intervir com um largo espectro de abordagens e terapia, pois enquanto profissional da equipa multidisciplinar, como está mais próximo e presente da criança e família, tem um papel de suporte de extrema importância e está numa situação privilegiada para tal.

Para Diogo (2012), a gestão das emoções engloba propriedades que nutrem os **cuidados com afeto**, o ambiente seguro e afetuoso e a **estabilidade na relação**. Porém, a regulação da disposição emocional dos enfermeiros surge como essencial para gerir as emoções dos clientes e nutrir os cuidados com afeto. O envolvimento emocional na relação conforme defende Diogo (2010), promove o sentimento nos clientes de serem respeitados e considerados, de se

sentirem confiantes. Deste modo sentem-se cuidados, gerando um estado emocional de tranquilidade e confiança que é apaziguador da angústia, revolta e agressividade, aceitando e compreendendo mais facilmente os eventos geradores de stress como as más notícias.

No caso apresentado senti que este “envolvimento emocional” com alguns enfermeiros não foi possível de se realizar... As expressões usadas e os comentários proferidos por alguns colegas levavam-me a sentir algum desconforto após a passagem de turno, quando eram distribuídos os clientes por enfermeiro. Porque motivos? Será que esta situação é “demasiado constrangedora e penosa para alguns colegas? Será que as perguntas efetuadas pela família os deixam com sentimentos de insegurança, frustração? A situação atual com que os profissionais de saúde se deparam podem conduzir a situações de cansaço acentuado, sendo os fatores organizacionais, intrapessoais, interpessoais, sociopolíticos, muitas vezes os condutores para alguma tensão e insatisfação pessoal e profissional. Sinto que carecemos de momentos de abertura e “desabafo” nos nossos locais de trabalho, onde pudéssemos também, ser ouvidos, ser escutados. Apesar de tudo isto, só o enfermeiro que acredita em valores como **verdade, honestidade, solidariedade, solicitude, pessoa, respeito e justiça social**, entre outros, poderá estar atento e disponível para o outro e compreende-lo.

O relacionamento interpessoal está na base dos cuidados de enfermagem e pressupõe que este seja personalizado e único, pois cada indivíduo, cada família é única. A comunicação que medeia os cuidados de enfermagem é fundamental para se conhecer e compreender os problemas e as necessidades reais da família e as limitações e capacidades da família no cuidado à criança. Como já foi mencionado, a relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional dos enfermeiros caracteriza-se pela **parceria** estabelecida com a criança e família, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Além da comunicação, a promoção de um ambiente seguro e afetuoso permite ao longo de todo um **contínuo relacional** transformar positivamente a hospitalização e facilitar o processo de adaptação (Diogo, 2010).

Na situação apresentada, o momento proporcionado “para o chá” tornou-se terapêutico. A mãe demonstrou-se disponível e até mesmo com vontade de expressar os seus sentimentos e emoções. A privacidade foi facilitadora neste processo, pois foi promotora de um ambiente acolhedor, tranquilo, propício para a libertação de preocupações da mãe. Para mim, como enfermeira também foi bastante profícuo, pois permitiu-me com maior facilidade escutar ativamente “aquela mãe”, transmitindo-se confiança, segurança e motivação no seu papel parental. Perante todo o contexto desta situação (onde um projeto de vida de uma criança é alterado) e um ambiente stressante, a gestão eficaz do tempo foi essencial. O “ter tempo” para me sentar com aquela mãe para compreender a situação foi também importante para mim, permitindo gerir as minhas emoções.

O fato de “sermos mãe” e também “cuidadoras”, por vezes, mesmo até sem nos apercebermos, projetamos em nós estes acontecimentos. E se fosse a mim que isto acontecesse? E se fosse na minha família? Para mim estas questões são geradoras de instabilidade, alguma ansiedade e tristeza. Como menciona Diogo (2012), nutrir os **cuidados com afeto** é fundamental para diminuir os fatores de stress que estão intrínsecos à experiência de hospitalização. Um cuidar rico em afetos, personalizado, individualizado, com um ambiente acolhedor, permitiu que esta mãe sentisse confiança e segurança nos enfermeiros e nos cuidados prestados, promovendo alguma tranquilidade e alívio do seu sofrimento.

Para mim, esta situação foi extremamente enriquecedora. Tornou possível fortalecer a “parceria de cuidados” já existente, “negociando” estratégias com a mãe promotoras da maximização da condição de saúde da criança, potenciadoras de empowerment face à situação, facilitadoras da adaptação da família à situação.

Após estas reflexões, sinto-me satisfeita com a minha prestação de cuidados. Ao refletir sobre este estágio faço uma avaliação positiva. No entanto penso que poderei sempre melhorar o meu desempenho. Considero que os cuidados personalizados prestados, a interpretação que fiz da situação e da

comunicação não-verbal da mãe, a disponibilidade demonstrada para a partilha de sentimentos, a minha postura, demonstraram que agi com competência e autonomia, reconhecendo possíveis erros, corrigindo-os, tendo presente a individualidade de cada pessoa.

Interrogo-me sobre o que mais poderia ter feito e o que faria diferente. Contudo penso que existe um longo caminho a percorrer para melhor agir e gerir as emoções e situações como esta. Partilhei apenas alguns aspetos desta experiência com outros elementos da equipa. Penso que em relação a esta “partilha” poderia tê-la feito melhor, pois a partilha de experiências faz-nos crescer como profissionais e pessoas, e poderia ter-me ajudado a “gerir melhor as emoções”.

Penso que é importante preparar os pais descrevendo a situação em que vão encontrar o bebé, o ambiente, as suas características, o seu estado, competências e evolução (os pais têm direito à informação e os profissionais não se devem demitir dessa função, devendo esta ser clara, orientada e adequada ao nível de compreensão da família, favorecendo o seu entendimento). Pareceu-me que alguns destes aspetos são por vezes descurados pela equipa de saúde na primeira vez que os pais chegam à unidade, pelo que é um aspeto que poderá ser melhorado.

Para uma integração adequada dos pais na equipa são importantes os ensinamentos oportunos e identificar potencialidades e competências dos pais. Neste processo o estabelecimento de uma relação terapêutica adequada, a comunicação e o trabalho de grupo é crucial no envolvimento dos pais. Para tal é importante transmitir informação clara e credível, saber ouvir, saber ser e saber estar, demonstrar comportamentos de disponibilidade, não fazer juízos de valor e respeitar o silêncio. Não quero deixar de realçar que, também o enfermeiro é uma pessoa que cuida de pessoas, e só alguém que está bem consegue cuidar do outro, contribuindo para a sua saúde e bem-estar.

Ao incluir a família nos cuidados, transmite-se sentimentos de segurança, autonomia e responsabilidade durante o internamento, essenciais para a continuidade dos cuidados no domicílio.

Agir eticamente de acordo com os princípios orientadores da profissão, garantir o bem-estar do outro, o consentimento informado, o sigilo entre outros aspetos, levam-me a refletir sobre o que espontaneamente algumas vezes pensamos que não se deve fazer.

O progresso biotecnológico dos últimos anos conduziu a uma diversidade de questões éticas, emergindo vários dilemas por vezes difíceis de gerir.

A tecnologia trouxe e continua a trazer benefícios para a assistência à saúde. Mas trouxe também algumas consequências que podemos considerar nefastas e que têm reflexos diretos no processo de cuidar na área neonatal. O avanço tecnológico põe-nos frente-a-frente com vários dilemas éticos no dia-a-dia e impõe a necessidade de reconsideração destes avanços não somente quanto aos aspetos técnicos e biológicos (Gaiva, 2006). Para esta autora, a crescente complexidade e avanços da assistência neonatal nos últimos anos e a necessidade de se buscar uma assistência humanizada impõem a necessidade de refletirmos acerca das questões bioéticas no quotidiano das unidades neonatais.

A ética dos profissionais nasce da necessidade de se ter em consideração a situação clínica do RN, e por outro lado os princípios e valores que respeitam a pessoa. Cada vez mais se recorre à utilização de novas tecnologias na prestação de cuidados, o que se traduz também no aumento da complexidade dos cuidados, levando conseqüentemente a uma maior exigência ética da profissão, pelo que a Bioética é uma área fundamental na Enfermagem.

Tendo em conta o aumento do número de prematuros, o aumento da sobrevivência de recém-nascidos prematuros, a utilização desmedida da tecnologia na assistência a estes bebés conduz a um aumento considerável de custos mas também de intervenções realizadas para a sua sobrevivência que causam sofrimento e deixam sequelas.

Que atitude deverá ter a equipa de saúde face a estas situações problemáticas?

Para Gaiva (2006, p.62), “ao cuidarmos do ser humano devemos considerar os quatro princípios fundamentais da bioética para nortear nossas ações: beneficência, não maleficência, autonomia e justiça”.

Segundo Pessini e Barchifontaine, citando Gaiva (2006), a beneficência refere-se à obrigação ética de maximizar benefícios e minimizar danos ou prejuízos, ou seja, salvaguardar o bem-estar dos sujeitos, neste caso, dos recém-nascidos. A não maleficência significa não causar danos ou prejuízos, envolve abstenção e é assegurada a todas as pessoas, sendo a primeira e grande norma de conduta dos profissionais da área da saúde. A autonomia refere-se ao grau de poder da pessoa de tomar decisões que afetam sua vida, sua integridade e suas relações sociais. De forma sintética, segundo estes autores o respeito pela pessoa deve atender/primar pelo respeito à sua autonomia em deliberar sobre as suas escolhas. Aquelas pessoas com autonomia diminuída (dependentes/vulneráveis, como é o caso dos recém-nascidos) devem ser protegidas contra danos ou abusos (Princípio da Vulnerabilidade).

Em Neonatologia, no caso dos recém-nascidos não se aplica o Princípio de Autonomia, pois este não tem capacidade para exercer este direito, sendo impossível obter o seu consentimento. No entanto, o conceito é alargado aos pais, dado que são as pessoas que melhor defendem o interesse dos filhos. Desta forma, são os pais que dão o consentimento para tratamentos médicos. Para tal, é essencial que a família seja amplamente informada, com linguagem clara, acessível aos seus conhecimentos, para que possa decidir de forma racional. No caso de as decisões entrarem em discordância com o melhor interesse para a criança, torna-se legítimo questioná-las. Em algumas situações, a autoridade dos pais pode ser retirada, no que se julga ser o melhor interesse para o bebé.

Segundo Gaiva (2006, p.62), este princípio da autonomia de certa forma é visto com ressalvas quando se refere a área neonatal. “Afinal, quem é que determina a escolha do que é o melhor ou mais apropriado ao recém-nascido hospitalizado, os profissionais ou seus pais?”

Considerando que a autonomia é o direito de uma pessoa tomar suas próprias decisões e que os bebés não são capazes de expressar autonomia, são os pais legalmente autorizados a dar consentimento para que um tratamento seja feito.

Segundo a mesma autora, alguns profissionais questionam se realmente os pais estarão preparados para decidir, se estarão eles a defender seus reais interesses ou os interesses do recém-nascido? Esta é uma questão muito complexa e segundo a autora cada situação é única, devendo ser feita uma análise específica. O que deve existir é a construção conjunta de discussões em cada momento, amadurecidas a partir de muito diálogo entre pais e profissionais e que, no final se respeite a autonomia do bebê. No entanto, o uso da tecnologia "...impede que os familiares manifestem sua autonomia, seja porque não lhes é dada a oportunidade ou por falta de informação ou esclarecimento" (Gaiva, 2006, p.63). Na situação apresentada questiono-me se foi exatamente isto que aconteceu...

A importância do consentimento informado esclarecido é igualmente importante, devendo ser respeitado, mesmo se tratando da assistência ao bebê (ser não autônomo). No entanto "...sabemos que em situação de cuidados intensivos esse é um princípio nem sempre respeitado, a família somente é consultada em situações muito específicas ou extremas" (Gaiva, 2006, p.63).

Sabe-se que as intervenções dos profissionais de saúde comportam algum risco, pelo que o Princípio da Beneficência (fazer o bem) deve ser tido em conta na prestação de cuidados. As intervenções aos recém-nascidos só deverão ter sentido, seguindo o caminho do bem da criança. Se não houver capacidade de recuperação, agir no melhor interesse do bebê pode significar a interrupção de recursos que mantêm a vida e utilizar medidas de conforto. Em Neonatologia trabalha-se numa base de incerteza quanto ao prognóstico exato, e isso traz "algumas fragilidades". A qualidade de vida é um valor importante e deverá ser preservado. O "intensivismo neonatal" deve de ter em conta uma coerência humana e social. Neste sentido, torna-se fundamental a integração dos pais na equipa de saúde, desde as primeiras etapas do internamento. É essencial compreender a família como membro fundamental e imprescindível, sendo importante dar poder à família relativamente ao cuidar, e em todas as decisões que é preciso tomar.

Como EESIP, tendo em conta os aspetos atrás referidos, tenho um papel extremamente importante, atuando como elo de ligação entre a família e a equipa de saúde. A essência da profissão de enfermagem é o cuidar, logo o respeito pela dignidade humana é o princípio que devemos adequar a cada pessoa ou criança.

O enfermeiro é o profissional de saúde que tem o contacto mais prolongado com a criança e família, e como tal um conhecimento aprofundado dos seus sentimentos, dificuldades, crenças e valores. O enfermeiro deverá basear a sua intervenção na defesa dos interesses do RN e suas famílias, com a preocupação pela defesa da liberdade e da dignidade e respeito pela pessoa humana, visando a excelência do exercício profissional, artigo 78º e 79º do Código Deontológico dos Enfermeiros, (Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro). É imprescindível que cada vez mais o enfermeiro, para além de respeitar e promover a normativa moral do seu Código Deontológico, desenvolva também um espírito de reflexão Ética.

Referências Bibliográficas

Collière, M. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida*. (2ª ed.). Loures: Lusociência

Diogo, P. (2006). *A Vida Emocional do Enfermeiro*. Coimbra: Formasau.

Diogo, P. (2010). *Metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar: o processo de uso terapêutico das emoções em enfermagem pediátrica*. Universidade Católica Portuguesa. Tese de Doutoramento. Lisboa.

Diogo, P. (2012). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica. Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar*. Loures: Lusociência.

Gaiva, M. A. (2006 Jan/Abr). O Cuidar em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais: Em busca de um cuidado ético e humanizado. *Cogitare Enferm.* 11 (1). 61-66. Acedido em: 03/03/2013. Disponível em : <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/5976/4276>

Goleman, D. (2002). *Inteligência Emocional*. Lisboa: Temas e Debates.

Jasper, M. (2003). *Foundations in Nursing and Health Care – Beginning Reflexive Practice*. Reino Unido: Nelson Thornes.

Jorge, A. M. (2004). *Família e hospitalização da criança*. Loures: Lusociência.

Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro (2009). Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de Abril. Diário da República I Série, Nº 180 (16/09/2009). 6528-6550.

Lopes, M. J. (2006). *A relação Enfermeiro - Doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau.

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Repe e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Santos, E. & Fernandes, A. (2004 Março). Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Revista Referência*, (11), 59-62.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem*. Lisboa: Lusociência.

Local: Serviço de Consultas Externas

Com a finalidade de estruturar a reflexão, utilizei como quadro conceptual o ciclo reflexivo de Gibbs (1988), citado por Jasper (2003), que é composto por seis etapas que norteiam o processo reflexivo (descrição, sentimentos, avaliação, análise, conclusão e planeamento da ação).

Segundo Kim (1999), a prática reflexiva é um processo de análise consciente acerca do que se verificou e que se traduz na reflexão sobre as práticas, (citado por Santos & Fernandes, 2004), pelo que pretendo com esta reflexão desenvolver competências reflexivas, de modo a atingir uma nova compreensão da situação vivenciada.

Reflexão

Descrição

O João (nome fictício) é uma criança de 6 anos de idade. Veio à consulta de preparação pré-operatória acompanhado pela mãe. Tem como AP: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). O pai é ausente. (O João tem pouco contato com o pai e este não participa nas responsabilidades parentais e financeiras. Vêm-se esporadicamente).

O TDAH é "...um transtorno que afeta a habilidade da criança em manter a atenção, sobretudo nas tarefas repetitivas, controlar suas emoções, enfrentar consequências e ela, geralmente, age por impulso. Pode ser classificada em três tipos: com predomínio dos sintomas de desatenção; e sintomas de hiperatividade/ impulsividade e TDAH combinado" (Balbi, Ribeiro, Borba, Ohara, & Pinto, 2008, p. 58). Para estes autores o tratamento deste distúrbio envolve uma abordagem que alia intervenções psicossociais e psicofarmacológicas. Os medicamentos mais indicados são os psicoestimulantes, como o cloridrato de metilfenidato (Ritalina).

Ter um filho com esta patologia é uma experiência desgastante, com a vivência de múltiplas sensações e sentimentos, sendo segundo (Balbi, Ribeiro, Borba, Ohara, & Pinto, 2008) uma vivência difícil e de sofrimento. É toda uma conjuntura de desequilíbrio, em que a intervenção do enfermeiro especialista é

deveras importante no sentido de desenvolver as capacidades da família, de forma a ajustar-se a esta situação.

Inicialmente deixou-se o João brincar com os brinquedos que estavam disponíveis na sala, para que ele se pudesse ambientar e sentir-se o mais à vontade possível. Ao longo da interação estabelecida com a mãe, eu e a enfermeira orientadora apercebemo-nos da dificuldade do João em manter-se concentrado em algumas atividades. Rapidamente deixava de brincar com um brinquedo para mexer noutro e nos objetos que se encontravam na sala.

Ao analisar os registos no processo da criança verificámos que estava a ser medicado para a hiperatividade. Questionámos a mãe sobre a dosagem da medicação e se fazia a medicação conforme a orientação médica, ao que esta respondeu que não estava a ser medicado porque não tinha dinheiro para comprar a medicação prescrita. Segundo a mesma, tinha estado desempregada, e estava agora a frequentar um curso financiado e não podia ter faltas ao mesmo. Questionada sobre se já tinha pedido auxílio à assistente social (do hospital) relativamente a esta questão, ela respondeu que não, mas que já estava a ser “acompanhada” pela assistente social no centro de saúde da sua área de residência. Questionámos a mãe sobre se conhecia o preço da medicação, ao que respondeu prontamente que não, mencionando que “...lhe tinham dito que era cara” (S/C). Foi-lhe explicado que há medicamentos que são comparticipados pelo estado e que ficam baratos... Que a mãe poderia informar-se numa farmácia do preço da medicação e validar se realmente não tinha posses para o comprar. Explicámos a importância da medicação e o quanto ela interferia com as capacidades do filho nas suas AVD (Atividades de Vida Diária) e até no relacionamento entre eles. Que o facto de ela ter uma assistente social que lhe dava algum apoio e suporte era muito importante, e que devia perceber se ela lhe poderia solucionar o problema da falta da medicação. No decorrer da entrevista perguntámos porque não tinha exposto a situação à assistente social do centro de saúde, ao que a mãe respondeu que não tinha ido ao centro de saúde recentemente falar com ela por indisponibilidade de tempo.

O João iria ser submetido a uma cirurgia na semana seguinte. Como o curso iria terminar dois dias antes a mãe comprometeu-se que iria falar com a

assistente social nas vésperas da cirurgia do João, para expor a situação e tentar arranjar uma solução para a aquisição da medicação.

Sentimentos

Num momento de acentuadas alterações na sociedade, numa época marcada por dificuldades económicas marcantes, de acrescidas e diversificadas necessidades em matéria de saúde, de transformações diversificadas no que toca à constituição e composição familiar, crises familiares, é extremamente importante estar desperta para estes “sinais de alarme”. Como enfermeira, tendo uma ação privilegiada na saúde, educação, ambiente escolar, devo ter um olhar mais atento às características individuais de cada criança/jovem/família, promovendo uma articulação mais eficaz entre os vários serviços de saúde e/ou outras entidades, acompanhando situações. Como futura Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria está também ao meu alcance a educação aos pais para a promoção de modelos adequados de educação infantil e a promoção de hábitos de vida saudáveis. A enfermagem deve ser conhecedora da família e precisa ter seu foco de cuidado nela, buscando prevenir e promover a saúde (Balbi et al, 2008)

Numa época marcada por uma forte cultura sobre a racionalização de custos, de políticas administrativas e de gestão com a finalidade de utilizar de forma mais eficiente os recursos de saúde existentes, as organizações de saúde e os profissionais desta área procuram estratégias que possam dar uma resposta mais adequada às necessidades dos indivíduos e suas famílias. No entanto, verifica-se que mesmo com a ajuda de subsídios torna-se muito difícil uma gestão familiar que faça frente às necessidades familiares, nomeadamente em situações de crianças com patologias crónicas e/ou complexas, e/ou distúrbios como este.

Durante esta interação senti que por muito boa vontade que haja por parte dos profissionais de saúde, nem sempre se consegue dar uma resposta eficaz aos problemas dos utentes que nos recorrem, e que isso traz-nos algum desconforto e angústia. Esta interação levou-me a refletir sobre o importante papel do enfermeiro na sociedade como advogado do utente, sendo seu dever profissional. No entanto fez-me pensar que os seus desejos ficam muitas vezes aquém do que consegue alcançar.

No caso apresentado, ponderámos ainda solicitar a ajuda da assistente social do hospital, mas segundo a enfermeira orientadora, como a criança iria ser internada dali a uma semana, seria prudente esperar... Se entretanto a mãe não cumprisse com o compromisso de contactar com a assistente social que já seguia a família, então iríamos contactá-la de forma a tentar resolver a situação em causa.

É importante estarmos sensíveis à importância do conhecimento do contexto sociocultural e dos recursos comunitários existentes. Porém, na prática, com a concentração dos hospitais especializados nos grandes centros urbanos torna-se difícil uma atualização permanente destes recursos, e o internamento da criança implica frequentemente um afastamento/isolamento da criança e dos pais da restante família, com tudo o que isso acarreta.

Avaliação

A consulta de preparação pré-operatória no serviço de consultas externas é principalmente dirigida à criança quando esta tem idade igual ou superior a 5 anos, tendo em conta o desenvolvimento psicomotor e a experiência sobre a cirurgia. No caso descrito, apesar das características da criança (ter um atraso no desenvolvimento psicomotor e ter uma patologia associada) foram feitos ensinamentos dirigidos à criança relacionados com o contacto com o material e a estrutura física da instituição (manipulou o material usado no bloco operatório, e visualizou um filme sobre o circuito do utente pelos serviços até ao momento da alta).

Após o período de tempo de “exploração da sala”, o João ficou aparentemente mais calmo e tranquilo, aparentemente mais atento à comunicação estabelecida, pelo que foi aproveitado este período para lhe mostrar o material do “Kit de preparação pré-operatória” e foi-lhe apresentado “o vídeo do circuito do doente no dia do internamento”. O João manteve-se por períodos concentrado no vídeo, mas com alguma dificuldade, pois tudo na sala “lhe servia para se abstrair do vídeo” pelo que o deixámos à vontade... e respondendo de imediato às poucas questões que ia colocando sobre o material e o vídeo. Assim, penso ter conseguido “cativado” a atenção do João para o objetivo da consulta. Confesso não ter sido fácil, tendo exigido da minha parte e da Orientadora muita paciência e tempo (a consulta foi mais demorada

do que seria previsto). No entanto o esforço foi compensado pelo resultado obtido.

A mãe do João estava ansiosa no início da consulta. Batia com o pé no chão insistentemente, perguntava as mesmas perguntas duas vezes com intervalos de tempo reduzido, falava depressa, manipulava o telemóvel com frequência. Não tive percepção até que ponto é que ela percebeu a importância da medicação para o João e para o seu crescimento/desenvolvimento. Foi-lhe explicado, mas a atenção dela estava tão direcionada para os assuntos ligados à cirurgia que tive a sensação que alguma informação dada ficou “perdida”. No entanto, como será uma criança a ser seguida posteriormente no hospital, foram feitos registos relativos a esta necessidade e foi estabelecido um compromisso com a mãe em como esta iria contactar com a assistente social para resolver a questão da medicação. Estar atenta para os problemas decorrentes do TDAH “...é prevenir diversos danos à saúde que essa criança e sua família podem apresentar, como abuso de substância, como o álcool, tabaco e, inclusive, drogas ilícitas, depressão e ansiedade” (Balbi et al, 2008, p.65), pelo que o EESIP é um profissional imprescindível na orientação e deteção destes casos, gerindo de forma adequada a situação.

Avaliação e Análise

Esta experiência foi muito enriquecedora. Fez-me refletir sobre o meu papel como EESIP, e sobre as minhas dificuldades em situações como esta. Penso que consegui desenvolver estratégias para comunicar eficazmente com o João e com a mãe.

Foi importante dar reforços positivos à Teresa (mãe do João, nome fictício). Percebi a sua preocupação de não faltar ao curso porque precisava desse dinheiro para o sustento da família. No entanto, procurei informá-la sobre as consequências e os benefícios que a medicação fará no João e que impacto é que terá na sua vida e na vida dele, na importância do seu desempenho nas atividades escolares e no seu relacionamento social.

O aspeto menos positivo desta experiência foi o fato de estar pressionada com as restantes consultas e do tempo que levei para conseguir atingir o meu objetivo, mas apesar de ter tido alguma dificuldade no início na abordagem ao

João, fiquei satisfeita quando senti a atenção dele para aquilo que era pretendido.

Senti também que era importante “promover esperança” de que a situação económica melhorasse.

Conclusão e Planeamento da ação

No contexto apresentado, penso que poderia ter explorado o assunto de forma mais aprofundada, abordando que outros familiares a pudessem ajudar, que contactos sociais é que esta mãe tinha (se frequentava a igreja, por exemplo, se tinha vizinhos, se tinha alguém a quem pudesse pedir dinheiro emprestado). Embora não tivesse habitualmente apoio financeiro por parte do pai da criança se eventualmente este lhe poderia comprar a medicação...

Poderia ter perguntado à mãe se teria disponibilidade e queria falar com a assistente social do hospital, se tinha um relacionamento de confiança e abertura com a assistente social do centro de saúde...

Será que esta mãe se sente angustiada e com um sentimento de culpa por não conseguir comprar a medicação ao João?

Será que ela tem a perceção do quanto a sua vida e a da criança poderá melhorar com a terapêutica instituída?

Será que ela não tem capacidade económica ou não sabe gerir-se financeiramente?

Considero que na interação desenvolvida com a Teresa deveria ter dado mais oportunidade para esta expressar as suas emoções/sentimentos e o que pensava relativamente a estes assuntos. Mas senti dificuldade na gestão do tempo. Também senti que as preocupações da mãe estavam direcionadas para questões relacionadas com a cirurgia e os períodos pré e pós-operatório, a inquietação do João era grande, a mãe estava ansiosa e pouco paciente para ele, pois este desconcentrava-a nas questões que ia colocando ao longo da consulta, o que também levou a que eu não abordasse este assunto com mais profundidade, pois estava sensível à sua comunicação não-verbal, que me transmitia ansiedade e preocupação com a cirurgia.

Relativamente à Teresa, assumi uma função de suporte, na medida em que valorizei a sua dimensão pessoal, promovendo a sua autoconfiança, fazendo reforços positivos e demonstrando compreensão pelas duas decisões.

A comunicação constitui um aspeto essencial na prática da enfermagem, uma vez que a maioria das ações realizadas pelos enfermeiros ocorre no contexto das relações interpessoais. Pode ser verbal, subdividindo-se em linguagem escrita e falada (oral), e não-verbal, composta por gestos, expressões faciais, sons, postura corporal, toque e distância entre as pessoas. É um instrumento essencial no atendimento do enfermeiro ao cliente que se encontra no período pré-operatório (Mafetoni, Higa, & Bellini, 2011). Para que o profissional estabeleça uma interação adequada, ele deve saber comunicar, pois a comunicação é exigência da própria natureza humana (Silva & Nakata, 2005). Nesta situação estive particularmente sensível às mensagens não-verbais que a Teresa me foi transmitindo ao longo da consulta.

O diálogo estabelece uma interação mútua, gerando um bem comum. A comunicação é o processo de compreender e de partilhar mensagens enviadas e recebidas, considerando-se que as próprias mensagens e o modo por que ocorre seu intercâmbio exercem influência sobre o comportamento das pessoas envolvidas. Pela comunicação é possível transmitir informações, expressar sentimentos, emoções e atitudes e transmitir ordens e pedidos. Permite partilharem-se experiências, significados e sentidos. Se a situação fosse hoje possivelmente teria agido de uma forma mais estruturada e segura, pelos conhecimentos que tenho vindo a adquirir ao longo do estágio e pela bibliografia que consultei neste âmbito.

Sensível às necessidades individuais de cada criança/família, a tudo o que envolve uma preparação pré-operatória e o poder da comunicação, como futura enfermeira especialista, procuro o aperfeiçoamento diário das minhas práticas pelo que esta experiência e este estágio se demonstraram muito úteis.

Referências Bibliográficas

Balbi, C., Ribeiro, C. A., Borba, R. I., Ohara, C. V. & Pinto, J. P. (2008 Dez). Compreendendo a vivência de ser mãe de uma criança com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. *Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.*, 8(2), 57-66.

Jasper, M. (2003). *Foundations in Nursing and Health Care – Beginning Reflexive Practice*. Reino Unido: Nelson Thornes.

Mafetoni, R. R., Higa, R. & Bellini, N. R. (2011 Out/Dez). Comunicação enfermeiro-paciente no pré-operatório: Revisão integrativa. *Rev Rene*, 12(4), 859-865.

Santos, E. & Fernandes, A. (2004 Março). Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Revista Referência*, (11), 59-62.

Silva, W. V. & Nakata, S. (2005 Nov/Dez). Comunicação: uma necessidade percebida no período pré-operatório de pacientes cirúrgicos. *Revista Brasileira de Enfermagem. REBEn*, 58(6), 673-676.

Local: Serviço de Internamento de Cirurgia Pediátrica/Queimados

Com a finalidade de estruturar a reflexão, utilizei como quadro conceptual o ciclo reflexivo de Gibbs (1988), citado por Jasper (2003), que é composto por seis etapas que norteiam o processo reflexivo (descrição, sentimentos, avaliação, análise, conclusão e planeamento da ação).

Segundo Pearson & Graig (2004, p.7), a prática reflexiva é uma componente chave dos cuidados de saúde baseados na evidência, "...o verdadeiro carácter de uma boa prática profissional é reflectir sobre os pressupostos considerados como certos e que norteiam a prática do dia-a-dia, e com os quais avaliamos de forma rotineira o impacto e os resultados das interacções e intervenções nos doentes, clientes e no público".

Na prática clínica, a reflexão é um método excelente para um adequado exercício na prática de cuidados. Pretendo com esta reflexão desenvolver competências reflexivas, de modo a atingir uma nova compreensão da situação vivenciada.

Estagiar no Serviço de Internamento de Cirurgia Pediátrica/Queimados foi a opção considerada ideal, pela prestação de cuidados de enfermagem diferenciados que aqui se prestam, e uma vez que existe uma estreita relação entre este e o Serviço de Consultas Externas do mesmo hospital (estágio realizado anteriormente). Uma vez que é nas Consultas Externas que é feita a preparação pré-operatória de cirurgia programada e onde é feita depois a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar, este estágio revelou-se muito útil e enriquecedor na medida em que me permitiu compreender o circuito do utente e cuidados pós-operatórios. Como nunca trabalhei num serviço de internamento Pediátrico foi também muito útil ter passado por esta experiência.

Reflexão

Descrição

O Manuel (nome fictício) é uma criança de 2 anos de idade, evacuado de São Tomé e Príncipe, internado em Agosto de 2012 no serviço por sequelas graves de queimadura extensa da face, couro cabeludo e das duas mãos, ocorrida em

Abril do mesmo ano, por fogo direto numa explosão. Veio para Portugal com a mãe, inserido nos acordos de Cooperação Internacional.

Durante o internamento fez terapêutica médico-cirúrgica para as cicatrizes da face e das mãos, com diversas idas ao bloco para efetuar penso das diferentes queimaduras, plastias de bridas e enxertos das regiões afetadas. Atualmente não há indicação para serem feitas mais correções cirúrgicas devendo aguardar evolução das cicatrizes. Tem indicação para regressar ao país de origem e posteriormente, na segunda quinzena de Janeiro, ser reavaliado pela equipa de Cirurgia Pediátrica no Hospital mais próximo do seu domicílio.

O Manuel apresenta um desenvolvimento psico-motor adequado à idade. Já diz algumas palavras em Português e faz frases curtas. É um *toddler*, comunicativo, alegre, interagindo com todos (os que conhece) através de jogos e brincadeiras. É uma criança comunicativa que interage com facilidade com os profissionais que conhece. Aos primeiros contactos que tive com o Manuel, observava-me à distância. Observava atentamente a minha interação com a mãe e com as outras crianças. A mãe, pouco comunicativa, expressava poucas palavras em Português. Sorria... Mas por vezes transparecia um olhar triste, e transmitia que por vezes estava distante...

Ao segundo dia de estágio senti que o Manuel se aproximava de mim com um ar mais confiante. Naquele dia tinham oferecido um brinquedo ao Manuel: um dinossauro com um comando (que mobilizava-se quando se carregava num botão). Tinha sido oferecido por outra criança que tinha tido alta do hospital há 8 dias e que aproveitara o facto de ter uma consulta no hospital veio visitar os profissionais e os doentes internados. A mãe era uma prestadora de cuidados atenta às necessidades da criança, realizando os cuidados com grande autonomia, mas aparentemente despreocupada com os períodos de descanso, sono e repouso do Manuel.

Naquele dia, ao retirar o brinquedo da caixa, mostrei ao Manuel como funcionava o comando e como ele podia “desfilar” no corredor com o seu novo brinquedo. Desde esse dia tive a sensação de o ter conquistado. Desde “aquele” dia pedia-me colo assim que me via... Corria agarrado ao dinossauro pelos corredores... E convidava-me todos os dias a dançar “Os Caricas” (musical do panda) com ele!

Dias depois, aproveitando o momento de estar com o Manuel ao colo a mostrar-lhe um vídeo do Panda, conversei com a mãe sobre como eram as rotinas do Manuel antes de ser internado, tentando compreender como era o seu padrão de sono habitual antes do internamento (frequência e duração do período de sono, número de despertares durante o sono, historial passado do dormir relacionado com o padrão atual, tentando compreender a quantidade e qualidade de repouso diário).

Manuel era uma criança bem-disposta... Mas as rotinas dele tinham-se alterado por completo desde o internamento. Segundo a mãe “Ele (referindo-se ao filho) lá (referindo-se a S. Tomé e Príncipe) dorme quando quer.... Quando tem sono....! Anda na rua a brincar com os outros... Quando escurece levo-o para casa e dorme!...” (S/C).

Ao longo do estágio apercebi-me que havia períodos do dia em que o Manuel ficava mais irrequieto, impaciente, menos colaborante nos cuidados.... Por vezes “esfregava os olhos” parecendo cansado e com sono, mas continuava resistente, a brincar durante a tarde... Sempre agarrado ao seu dinossauro...

Nesta interação com a mãe percebi o quanto as rotinas relativas ao repouso/sono desta família e desta criança tinham sido alteradas... A mudança nos hábitos de sono e do ambiente era evidente...

Durante esta conversa expliquei à mãe a necessidade do Manuel fazer um período de repouso durante a tarde, pois ao final do dia evidenciava-se alguma irritabilidade no Manuel, por cansaço/falta de descanso/sono. Expliquei-lhe que as rotinas diárias do Manuel relativamente aos seus períodos de atividade e repouso tinham sido alteradas... Que era importante para o seu equilíbrio físico e psicológico que tivesse períodos de repouso durante o dia...

Sentimentos

Quando a mãe verbalizou como eram as suas rotinas em S. Tomé sorriu, e os seus olhos ficaram brilhantes.... Perguntei-lhe se tinha saudades, se quando veio para Portugal tinha alguém seu conhecido ou amigo... Disse-me que não com a cabeça e baixou os olhos por instantes, desviando o olhar... Acabou por referir que desde que veio para Portugal se tinha aproximado de algumas mães

de outras crianças... Mas que não tinha cá familiares ou amigos próximos....
Que estava sozinha...

Inicialmente tive alguma dificuldade em manter uma comunicação oral com esta mãe, pois ela era muito reservada, e embora percebesse Português, tinha algumas dificuldades de expressão oral (em Português), respondendo com frases curtas e por vezes com um discurso “monossilábico”...

Perante a situação desta família senti-me impotente, triste pela vulnerabilidade a que esta família está sujeita...

No decorrer deste estágio pude constatar através de reuniões de equipa multidisciplinar que esta família tinha sido evacuada para Portugal, ao abrigo dos Acordos de Cooperação entre Portugal e os PALOP (Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa).

Esta situação remeteu-me para leituras e pesquisas sobre situações semelhantes. A minha primeira preocupação depara-se com o facto de os Acordos de Cooperação entre Portugal e os PALOP não terem sido revistos desde 1977 (Direcção-Geral da Saúde, 2004), e principalmente no que diz respeito à evacuação de doentes e ao incumprimento parcial ou quase total por parte de algumas Embaixadas. Quando Portugal estabeleceu estes acordos foi por motivos de ligação histórica, cultural, socioeconómica e de solidariedade com estes países. O principal objetivo de Portugal com esta cooperação era auxiliar estes países subdesenvolvidos a ultrapassarem as suas dificuldades em relação à saúde.

Hoje em dia deparamo-nos com uma situação urgente que é a revisão destes acordos, para que haja um cumprimento destes de ambas as partes, principalmente por parte das Embaixadas dos PALOP, de forma a garantir o tratamento e o acompanhamento destas crianças/famílias.

Esta situação remeteu-me igualmente para o facto de na Urgência de Pediatria onde trabalhava ter conhecimento que muitas crianças/famílias com patologia cardíaca tomarem a decisão de não retorno aos países de origem. Torna-se por isso muito importante um controle rigoroso dos fluxos migratórios, isto porque a maioria dos casos ficam em Portugal numa situação ilegal e acabam por perder todo o apoio dado pelas Embaixadas e que posteriormente acabam em situações de pobreza. O único direito que estas crianças têm no país é o

acesso ao Serviço Nacional de Saúde. Esta situação de ilegalidade traz complicações quer para os países envolvidos, quer para a criança e sua família. Para o país de origem esta decisão de não retorno pode provocar dificuldades na evacuação de outros doentes e para estas crianças/famílias esta decisão pode levar a situações de pobreza, delinquência e muitas das vezes ao desenvolvimento de atividades ilícitas, tais como o roubo e tráfico, o que prejudica gravemente o país.

Avaliação e análise

O sono é um processo fisiológico complexo, influenciado por propriedades biológicas intrínsecas, temperamento, expectativas, normas culturais e condições ambientais. As perturbações do sono podem causar morbidade substancial na criança, nomeadamente consequências a nível do comportamento, da aprendizagem e mesmo perturbações de desenvolvimento como hiperatividade, défice de atenção, défice cognitivo e depressão (Mendes, Fernandes & Garcia, 2004).

As “rotinas hospitalares” exigem uma adaptação da criança e da família ao ambiente. Segundo Roy (2001, p.143) a atividade e o descanso “...são as necessidades básicas do modo fisiológico de adaptação. A actividade é importante, visto que através da actividade a pessoa vive a sua vida diária e apresenta-se como é, dentro do seu ambiente. (...) O repouso, por outro lado, fornece os períodos de restauração, reparo, renovação de energias e eficácia dos processos de vida”.

Cordeiro (2010, p.90) realça que “...não dormir o suficiente conduz mais cedo ou mais tarde, a uma diminuição da concentração e a irritabilidade, com aumento da ansiedade e risco de depressão. Estes sintomas podem aparecer tanto nas crianças como nos pais, apenas com uma diferença: as crianças, quanto menos dormem, mais excitadas ficam, como se a falta de dormir fosse uma verdadeira anfetamina – ou seja, no momento que os pais estão «off», os filhos aceleram o «on», estando criado o desfasamento”.

Roy (2001) acrescenta ainda que manter um equilíbrio apropriado, quer no descanso quer na atividade, é um dos desafios da adaptação. A maior parte do

repouso é obtido através do sono. “Em termos comportamentais, o repouso torna-se sono quando a capacidade de responder a estímulos ambientais precisos diminui” (Roy, 2001, p.148).

Desde que nasce, à medida que uma criança vai crescendo os estados de sono-vigília vão sofrendo alterações graduais. A criança vai procurando os seus padrões de conforto, podendo aprender a adormecer sozinho quando acorda (Brazelton & Sparrow, 2009; Cordeiro 2010). Aos 18 meses, as crianças começam a dormir apenas uma sesta, esta deverá ser o mais cedo possível para que não seja difícil adormecer à noite. No entanto, nesta idade é extremamente complicado deitar a criança na cama. O recurso a objetos de transição (brinquedo, boneco ou fralda) funciona como fontes de segurança para a criança, devendo ser este a escolher quais os objetos que deseja (Brazelton & Sparrow, 2009).

O sono tem um desenvolvimento próprio ao longo da vida, que acompanha a maturação do sistema nervoso nas diferentes etapas da vida da criança. É importante salientar que “...durante o sono, o cérebro «aproveita» para trabalhar arduamente nas diferentes fases de registo, codificação, armazenamento e evocação da memória. Além da cooperação com o sistema imunitário, participa na recuperação de eventuais «lesões» orgânicas do cérebro ou na defesa contra agentes patogénicos” (Soares, 2010, p.19).

Na situação descrita procurei estabelecer alguns rituais de sono antes da criança dormir, como ler uma história antes da hora da sesta e procurar adormecê-lo (ou incentivar a mãe a fazê-lo) com a companhia do seu brinquedo preferido.

Esta situação remeteu-me igualmente para os cuidados de saúde transculturais.

Para se estabelecer uma eficaz comunicação verbal e não-verbal é necessário que os profissionais de saúde possuam conhecimentos transculturais, de modo a comunicarem adequadamente com diversas populações (Purnell & Paulanka, 2010). A competência cultural proporciona melhores cuidados de enfermagem

e a compreensão das necessidades afetadas destas crianças/famílias. Segundo Purnell & Paulanka (2010) muitos teóricos que estudam a diversidade cultural defendem que o autoconhecimento de preconceitos e tendências pessoais é um passo importante do processo cognitivo para o desenvolvimento da competência cultural. Segundo Purnell & Paulanka (2010), a capacidade de nos compreendermos a nós próprios, promove o espaço e a capacidade para integrarmos novos conhecimentos relacionados com as diferenças culturais, na base dos conhecimentos profissionais e nas perceções das intervenções no âmbito dos cuidados de saúde.

Conclusão e Planeamento da ação

Esta experiência foi muito enriquecedora. Embora com algumas dificuldades iniciais na comunicação, principalmente nos primeiros contactos com esta mãe, penso que consegui desenvolver estratégias para comunicar eficazmente com esta família.

Procurei informar a mãe sobre as consequências e os benefícios dos períodos de sono/repouso no filho. Comparámos o número de horas que o Manuel dormia e que passou a dormir desde o internamento. Ela reconheceu que os ritmos de repouso eram diferentes e fizemos o acordo de tentar adormecer o Manuel após o almoço. Envolvendo-a no plano de cuidados, trabalhando em parceria com ela pude constatar que houve um esforço da parte dela em tentar cumprir este acordo.

Para Roy o objetivo da enfermagem é a promoção da adaptação nos quatro modos (fisiológico, autoconceito, função do papel e interdependência), contribuindo, através disso, para a saúde da pessoa e qualidade de vida. “Cabe à enfermeira promover a adaptação em situações de saúde ou doença; para aumentar a interacção da pessoa com o seu ambiente, e através disso promover a saúde” (Roy & Andrews, 2001, p.34).

O modo de interdependência incide sobre as interações relacionadas com o dar e receber amor, respeito, e valor. Duas relações específicas são o ponto de incidência do modo de interdependência: *outros significativos* (as pessoas mais importantes para o indivíduo) e os *sistemas de apoio* (outros que contribuem para a satisfação das necessidades de interdependência) (Roy & Andrews, 2001, p.30).

O facto desta família, desta mãe, estar fisicamente afastada da sua família (restantes elementos familiares e dos seus outros filhos), leva a que o seu modo de interdependência esteja comprometido. O modo de interdependência é um modo social porque as necessidades são satisfeitas através da interação social. A necessidade básica deste modo é designada por adequação emocional (o sentimento de segurança no aprofundar das relações). “A adequação afectiva incorpora a necessidade de ser cuidado e cuidar. Inclui necessidades pessoais de cuidados e atenção, afirmação, pertença, aprovação e compreensão” (Tedrow, 2001, p.439).

Nesta família, as relações específicas do ponto de incidência do modo de interdependência estão afetados:

- *outros significativos* (as pessoas mais importantes para o indivíduo): separação dos restantes filhos e marido;
- *os sistemas de apoio* (outros que contribuem para a satisfação das necessidades de interdependência): separação das irmãs e restante família.

Roy (1984) descreve o recetor dos cuidados de enfermagem como um sistema holístico adaptável. O termo adaptável é um conceito integral nos pressupostos científicos subjacentes ao modelo e significa que os sistema humano tem a capacidade de se ajustar às mudanças no meio ambiente, que por sua vez afeta o meio ambiente. A pessoa como sistema adaptável é afetada pelo mundo à sua volta e no seu interior. No sentido mais amplo, este mundo é chamado meio ambiente e de acordo com o Modelo de Roy, o meio ambiente é mais especificamente conhecido como estímulos: focais, contextuais e residuais, (Roy & Andrews, 2001). Na situação apresentada, o estímulo focal desta mãe/família é a separação familiar, e os seus estímulos contextuais são: a preocupação com a continuidade dos tratamentos do Manuel e o conforto da criança.

Os estímulos residuais são fatores ambientais dentro e fora da pessoa, cujos efeitos na situação presente não são centrais. “A pessoa pode não ter consciência da influência destes factores, ou poderá não ser claro para o observador que eles estão a surtir efeito”, Roy & Andrews (2001, p.22). É através da utilização desta categoria de estímulos que se podem incluir “estímulos incertos e as impressões intuitivas da enfermeira” (Roy & Andrews,

2001, p.23). Na situação apresentada poderá incluir-se a dificuldade da mãe em expressar-se em Português e ser uma pessoa reservada. Na situação descrita penso que outro estímulo residual que poderá ser considerado é a ligação afetuosa que a criança construiu com os profissionais, pois a mãe referia com frequência: “Vocês mimam muito o Manuel! Ele está a ficar mal habituado!”...

Manuel é encantador... Brincalhão, curioso, inteligente...! Na hora de fazer as gotas oftalmológicas pedia “o *chupa-chupa* de consolo”! Como não conseguia proferir a palavra, gestualmente apontava para a boca e com a língua e os lábios fazia um estalar de quem chuchava algo, pedindo o *chupa-chupa*....

Se a situação fosse hoje possivelmente teria agido de uma forma mais organizada e segura, pelos conhecimentos que tenho vindo a adquirir ao longo do estágio e pela bibliografia que consultei neste âmbito. Esta experiência e este estágio demonstraram-se muito úteis, pois aprendi muito sobre tudo o que envolve a promoção do sono, o brinquedo terapêutico e a cultura.

A Ordem dos Enfermeiros (2001) salienta que as intervenções de enfermagem são frequentemente otimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados, nomeadamente quando as intervenções de enfermagem visam a alteração de comportamentos, tendo em vista a adoção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde.

Considera-se necessário criar estratégias que promovam o sono saudável da criança desde o seu nascimento, sendo fundamental realçar esta temática nas consultas de saúde infantil e serviços de prestação de cuidados pediátricos.

Este estágio foi muito enriquecedor pela sua pluridisciplinaridade e abrangência, quer a nível de situações de doentes com determinadas patologias, quer a nível do leque de experiências, pois assiste crianças e jovens com patologia crónica até aos 20 anos e 364 dias, o que exige maior competência da parte do enfermeiro, como elemento ativo de mediação entre criança/jovem, família e restante equipa multidisciplinar. Foi um estágio aguardado com alguma expectativa e ansiedade, pelo facto de assistir crianças em situação de crise, adaptação à doença e de vivência de uma hospitalização prolongada e recidivante.

A existência de muitos doentes crónicos e queimados, fez-me refletir que é surpreendente como é que as pessoas conseguem lidar com situações complexas e potencialmente opressivas. Tal como referem Roy & Andrews, “muitos pais, com crianças com defeitos de nascença respondem com amor, preocupação e planificação adequada. Esta resposta está relacionada com o efeito de junção de tudo o que estas pessoas trazem para esta situação exigente e para novos níveis de domínios que atingem” (2001, p.24).

Referências Bibliográficas

Brazelton, T. B. & Sparrow, J. (2009). *A Criança e o Sono – O Método Brazelton*. (5ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.

Cordeiro, M. (2010). *Dormir Tranquilo*. Lisboa: A Esfera do Livro.

Direcção-Geral da Saúde (2004). *Circular Normativa nº 04/DCI (16/04/2004) – Normas gerais de encaminhamento e assistência a doentes oriundos dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) ao abrigo dos Acordos de Cooperação no domínio da Saúde*. Ministério da Saúde. Acedido em: 15/01/2013. Disponível em: <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/A110CE46-A607-4BD1-AB82-BE86B31314C3/14226/i006149.pdf>

Jasper, M. (2003). *Foundations in Nursing and Health Care – Beginning Reflexive Practice*. Reino Unido: Nelson Thornes.

Mendes, L. R., Fernandes & A., Garcia, F. T. (2004 Julho/Agosto). Hábitos e perturbações do sono em crianças em idade escolar. *Acta Pediátrica Portuguesa. Revista de medicina da criança e do adolescente. Sociedade Portuguesa de Pediatria*, 35 (4), 341-347.

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Pearson, M., & Graig, J. V. (2004). Prática baseada na evidência em enfermagem. In J. V. Graig, & R. L. Smyth, *Prática baseada na evidência. Manual para enfermeiros*. (pp. 3-21). Loures: Lusociência.

Purnell, L. & Paulanka, B. (2010). *Cuidados de Saúde Transculturais: Uma Abordagem Culturalmente Competente*. (3ª ed.). Loures: Lusodidacta.

Roy, C. (2001). Actividade e Repouso. In C. Roy, & H. A. Andrews, *Teoria da Enfermagem. O Modelo de Adaptação de Roy*. (pp. 143-176). Lisboa: Instituto Piaget.

Roy, C. & Andrews, H. A. (2001). *Teoria da Enfermagem. O Modelo de Adaptação de Roy*. Lisboa: Instituto Piaget.

Soares, Â. (2010). *O Sono – Efeitos da sua privação sobre as defesas orgânicas*. Lisboa: Lidel.

Tedrow (2001). Visão geral do modo de interdependência. In C. Roy, & H. A. Andrews, *Teoria da Enfermagem. O Modelo de Adaptação de Roy*. (pp. 437-456). Lisboa: Instituto Piaget.

APÊNDICE IV – Folheto de informação aos pais: “O meu filho vai ser operado”

O que pode sentir a criança/adolescente ao acordar da anestesia?

Pode acordar desorientada ou irritada. Tente acalmar o seu filho/a usando voz baixa e um toque suave.

Pode sentir sede. Só deve iniciar a ingestão de líquidos quando tiver indicação médica ou da equipa de enfermagem.

Pode sentir dor. Habitualmente, para evitar que sintam dor, antes da operação terminam são administrados medicamentos (analgésicos), para a dor. Mas se entretanto o seu filho/a ficar queixoso/a, comunique ao médico/a ou ao enfermeiro/a.

O que fazer após a cirurgia do seu filho?

- Permanecer junto da criança/adolescente
- Manter um ambiente calmo
- Aguardar as orientações da equipa de enfermagem.
- Providenciar que tragam de casa objetos preferidos da criança/adolescente

Se tiver dúvidas e/ou precisar de ajuda, peça a alguém da nossa equipa de saúde. Tu e do faremos para colaborar consigo!

Elaborado pela En^h Ana Filipa Damas, aluna do 3^o Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria., ESEL.

Sob Orientação da En^h Priscila Carreira e da Prof^a Orientadora Filomena Sousa

O meu filho/a vai ser operado



Urgência de Pediatria

Este folheto contém informação importante sobre os cuidados a ter antes e depois do seu filho/a ser operado.

Este folheto tem a finalidade de promover a informação e qualidade assistencial aos utentes e seus familiares

CONTACTOS

Telefone: 21 780 5000

Telefone interno: extensão 51230

Telefone: 21 780 5148 (linha direta)

LOCALIZAÇÃO E ACESSO AO SERVIÇO

Piso 2

Elevadores 8 e 11

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

24h por dia

O que acontece antes do seu filho/a ir para o Bloco Operatório?

Se a criança/adolescente tiver dor, antes da ida para o Bloco Operatório, poderá fazer medicação analgésica. Uma forma de aliviar a dor é o seu filho/a adotar uma posição de conforto.

Leia atentamente o documento – **Consentimento Informado** – que lhe é dado pela médico/a.

O seu filho/a deverá *manter jejum de acordo com as indicações dadas pela equipa de saúde.*

A criança/adolescente vai para o Bloco Operatório acompanhado pelos pais ou pessoa significativa, do/a enfermeiro/a e do assistente operacional. Pode levar um brinquedo ou objeto significativo para o Bloco Operatório.

O que é a anestesia?

É um conjunto de medicamentos que são dados ao seu filho/a no bloco, que permite que a criança/adolescente durma, não sinta, nem se recorde do que aconteceu no Bloco Operatório.

Onde pode aguardar enquanto o seu filho/a é operado?

Durante o período em que o seu filho/a estiver no Bloco os familiares/pessoa significativa podem aguardar no hall, junto à entrada do bloco.



Onde é que o seu filho/a acorda?

Depois de sair da sala de operações, poderá ir para a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (recobro) até acordar.

No recobro um dos pais ou pessoa significativa pode acompanhar o seu filho/a.

Para estar nesta sala é necessário vestir uma roupa própria fornecida pelo hospital.

Quando a criança/adolescente estiver acordada, será encaminhada para a Urgência de Pediatria ou para a Enfermaria.

Quais os objetos que pode trazer para o internamento?

- Pijama, roupão, chinelos, meias, roupa interior
- Shampoo, amaciador, pente/escova de cabelo, escova de dentes, pasta dentífrica, creme hidratante habitual
- Livros, jogos, brinquedo preferido
- Chupeta, fralda de pano ou boneco usado para adormecer



Atenção: o serviço não se responsabiliza se o material desaparecer durante o internamento. Cada família é responsável pelos seus pertences.

APÊNDICE V – Folheto informativo sobre os reflexos do recém-nascido

REFLEXOS OCULARES

O seu bebé vai fechar os olhos, pestanejar, ou movê-los de um lado para o outro, conforme o que estiver a acontecer à sua volta

Se uma luz incidir na cara, ele irá pestanejar, quer tenha os olhos abertos ou fechados (nunca deverá dirigir uma luz muito brilhante diretamente nos olhos do seu bebé).

Também irá pestanejar se lhe tocar ao de leve no nariz, se lhe soprar para os olhos, ou se ficar intrigado por um som repentino

Se levantar o seu bebé no ar, e o virar para a esquerda ou para a direita, os seus olhos mover-se-ão com a sua cabeça, mas fixar-se-ão momentaneamente numa posição, ao que se chama “reflexo de olhos de boneca”. Geralmente desaparece em cerca de 10 dias.

Vídeo:

<http://www.youtube.com/watch?v=JBlijzbcPeg>

Bibliografia Recomendada:

STOPPARD, Miriam (2011). **Guia Completo para Cuidar de Bebés e Crianças**. 1ª Edição. Civilização Editora. Porto.

BRAZELTON, T. Berry (2010). **O grande livro da Criança. O desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos**. 12ª Edição. Editorial Presença. Queluz de Baixo.

CORDEIRO, Mário. (2009). **O Grande livro do Bebê. 5ª Edição**. A esfera dos livros. Lisboa.

Imagens retiradas de: www.google.pt

Conte com o nosso apoio para o esclarecimento de dúvidas!

Elaborado por:
Ana Filipa Damas, aluna do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da ESEL
Sob Orientação da Enfermeira Cláudia Sousa e da Profª Orientadora Filomena Sousa



Reflexos do Recém-Nascido

Os recém-nascidos nascem com uma série de reflexos. Estes são caracterizados por uma resposta motora involuntária a um estímulo e estão presentes em bebés desde antes do nascimento até por volta dos seis meses de vida. Estes reflexos são instintivos e ajudam o recém-nascido a perceber a fronteira entre o seu corpo e o mundo exterior. Quando nasce um bebé, os pais podem levar algum tempo a habituar-se ao seu comportamento e a perceber as suas reações aos vários estímulos.

Reflexos do Recém-nascido



Sucção - Manifesta-se quando os lábios do bebê são tocados por algum objeto, desencadeando-se movimentos de sucção dos lábios e da língua. (Somente após 32 a 34 semanas de gestação é que o bebê desenvolve sin-

cronia entre respiração, sucção e deglutição, o que torna a alimentação por via oral difícil num bebê pré-termo).

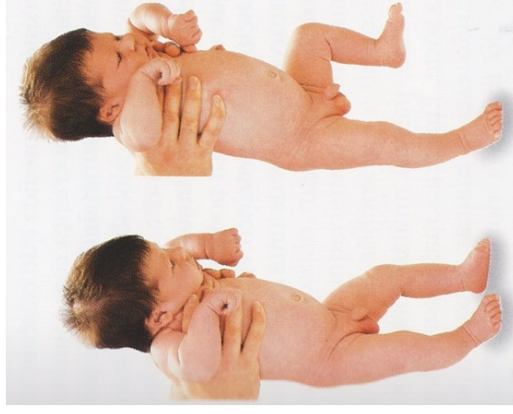
Reflexo da procura - Verifica-se quando o bebê mexe a cabeça de um lado para o outro, abrindo a boca, numa tentativa de encontrar o mamilo. Está presente no bebê até os três meses de idade.



Preensão (preensão palmar e plantar) - Basta tocar na planta do pé ou na palma da mão do bebê para ele fechar automaticamente os dedos com força.

Reflexo dos pontos cardiais - Ao acariciar a face de um bebê, ele volta a cabeça para a mão que o tocou, procurando sugar.

Marcha automática - A marcha reflexa e o apoio plantar podem ser pesquisados segurando-se a criança pelas axilas em posição de pé. Ao contato das plantas do pé com a superfície, a criança estende as pernas até então fletidas. Se a criança for inclinada para a frente, inicia a marcha reflexa.



Fuga à asfixia - Evidenciado quando o recém-nascido é colocado com a barriga para baixo, com a face voltada para o colchão. Em alguns segundos irá virar o rosto libertando o nariz para respirar adequadamente.

Reflexo do abraço ou de «Moro» - É desencadeado deixando cair a cabeça do bebê para traz. O recém-nascido estende o pescoço, abre e fecha os braços e as pernas e agita-se. (Tem início a partir de 28 semanas de gestação e costuma desaparecer por volta dos seis meses de idade).



Reflexo de gatinhar - Colocando o bebê de barriga para baixo, ele põe-se numa posição que parece ser a de gatinhar. Quando estica as pernas poderá arrastar-se de uma forma semelhante ao gatinhar.



**APÊNDICE VI – Formação apresentada: plano, apresentação e avaliação da
sessão de formação**

Formação em Serviço - Plano de Sessão

Tema: Preparação pré-operatória da Criança e da Família em Situação de Urgência

Local: Sala de Trabalho de Enfermagem do SOPED (Serviço de Observação Pediátrica)

Objetivo Geral: Motivar a equipa de enfermagem a desenvolver boas práticas na preparação da criança/jovem e família para a cirurgia, no Serviço de Urgência de Pediatria

Objetivos Específicos:

- Clarificar o conceito de preparação pré-operatória;
- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da preparação da criança/família para a cirurgia
- Apresentar a norma de preparação da criança/família para a cirurgia
- Apresentar os recursos que poderão ser utilizados na preparação da criança/família para a cirurgia

Etapas/Conteúdos Programáticos	Métodos e técnicas pedagógicas	Equipamentos/meios didáticos	Tempo
• Introdução ✓ Apresentação ✓ Justificação do Tema ✓ Objetivos	Expositivo e descritivo	PC, Powerpoint	3 min
• Desenvolvimento ✓ Contextualização do Tema ✓ Finalidade ✓ Apresentação da norma ✓ Apresentação do guia de preparação pré-operatória ✓ Apresentação do folheto para os pais ✓ Apresentação do dossier de artigos sobre a temática e do kit de preparação pré-operatória	Expositivo e descritivo	PC, Powerpoint	15 min
• Conclusão ✓ Síntese ✓ Esclarecimento de dúvidas ✓ Avaliação	Expositivo e descritivo Brainstorming Questionário	PC, Powerpoint	12 min

Preparação Pré-operatória da Criança e Família em Situação de Urgência

Ana Filipa Damas
Março de 2013



Sob Orientação da Enfermeira Priscila Carreira e da Prof^a Orientadora Filomena Sousa

Intervenções de Enfermagem na Preparação da criança/jovem e família para a Cirurgia no Serviço de Urgência de Pediatria

Esta norma visa orientar as intervenções dos enfermeiros dirigidas à criança/jovem e família, internada no SUP, para a preparação para a cirurgia.

A norma descreve um conjunto de ações relacionadas com a preparação pré-operatória da criança/jovem e família de modo a minimizar o impacto traumático da cirurgia.

Intervenções de Enfermagem na Preparação da criança/jovem e família para a Cirurgia no Serviço de Urgência de Pediatria

- Norma: Preparação pré-operatória de crianças/jovens
- Norma: Aplicação tópica de anestésico local EMLA
- Norma nº23: Intervenções de Enfermagem na administração de sacarose a 24%
- Norma nº20: Preparação da criança em idade pré-escolar e escolar para a punção venosa - utilização do brinquedo com intencionalidade terapêutica

Intervenções de enfermagem na preparação da criança/jovem e família para a cirurgia no Serviço de Urgência de Pediatria

Objetivos:

- Minimizar o impacto potencialmente traumático da intervenção cirúrgica na criança/jovem e família, diminuindo o medo e a ansiedade a ela associados
- Garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem
- Promover a uniformização dos procedimentos de enfermagem do SUP na preparação da criança/jovem e família para a cirurgia

Intervenções de enfermagem na preparação da criança/jovem e família para a cirurgia no Serviço de Urgência de Pediatria

Princípios:

As crianças que passam por procedimentos cirúrgicos exigem uma preparação psicológica e física.

(Brown, 2011)

A preparação para a cirurgia proporciona à criança/família a aquisição de competências para enfrentar uma situação desconhecida sendo a melhor forma de diminuir a ansiedade e medos.

Deve abranger o pré-operatório, o peri-operatório e o pós-operatório imediato e posterior.

(Bess d'Alcantara, citando Broering & Crepaldi, 2008)

Intervenções de Enfermagem na preparação da criança/jovem e família para a Cirurgia no Serviço de Urgência de Pediatria

A preparação da criança no pré-operatório é crucial para o sucesso da cirurgia e depende da idade, do tipo de cirurgia, das condições da criança e da sua família.

(Andraus, Minamisava & Munari, 2012)

Em situações de urgência o pré-operatório pode ser reduzido a poucas horas. No entanto, o período pré-operatório é considerado como essencial no decurso da experiência cirúrgica. A preparação pré-operatória orientada de forma correta permite à criança e família uma adaptação ao seu novo e inesperado papel, contribuindo para que o seu nível de incerteza seja reduzido e diminuir o nível de ansiedade perante a cirurgia.

(Pimentel, 2001; Broering & Crepaldi, 2008)

Intervenções de Enfermagem na preparação da criança/jovem e família para a Cirurgia no Serviço de Urgência de Pediatria

Em situação de urgência, o início abrupto de doença ou a ocorrência de um traumatismo deixa pouco tempo para preparações e explicações.

(Sanders, 2011)

Nas situações em que devido às condições físicas da criança não é possível fazer a preparação pré-operatória, é importante avaliar o que a criança pensa a respeito da admissão e dos procedimentos a ela relacionados.

(Huerta 1996; Sanders, 2011)

Intervenções de Enfermagem na preparação da criança/jovem e família para a Cirurgia no Serviço de Urgência de Pediatria

Devem ser fornecidas à criança, de acordo com o seu nível de desenvolvimento cognitivo, explicações honestas, curtas e simples, que transmitam confiança no procedimento e seus resultados.

(Roskies, citando Huerta, 1996)

Devem ser utilizadas estratégias de preparação tendo em consideração a idade, o nível de desenvolvimento cognitivo da criança/jovem, o estilo de confronto/personalidade, experiências hospitalares anteriores, tipo de cirurgia (Huerta, 1996; Barros, 2003; Moro & Módolo, 2004; Andraus, Minamisava & Munari, 2012) e o período para ser realizada a preparação pré-operatória, (Moro & Módolo, 2004).

Intervenções de enfermagem na preparação da criança/jovem e família para a cirurgia no Serviço de Urgência de Pediatria

Técnicas usadas na preparação pré-operatória:

- ✓ a transmissão de informações
- ✓ a modelagem (uso do brinquedo de dramatização)
- ✓ a brincadeira terapêutica (uso do brinquedo terapêutico)
- ✓ a dessensibilização
- ✓ a distração

(Huerta, 1996; Sanders 2011; Andraus, Minamisava & Munari, 2012)

Intervenções de enfermagem na preparação da criança/jovem e família para a cirurgia no Serviço de Urgência de Pediatria

Técnicas usadas na preparação pré-operatória:

- *Transmissão da informação:* Os pais devem ser esclarecidos e estimulados a participar ativamente no tratamento dos filhos, contribuindo com a sua presença e afeto, independentemente da gravidade da situação ou do prognóstico. Manter os pais informados da situação clínica da criança e do período de tempo da cirurgia é importante para acalmar e dar conforto aos pais (Andraus, Minamisava & Munari, 2012)
- *Brincadeira terapêutica:* é usada para ajudar as crianças a lidarem com as suas preocupações e medos, sendo uma modalidade não orientada (Sanders 2011). A enfermeira não pode sugerir quais os brinquedos que a criança deve utilizar, nem tentar conduzir a brincadeira (Huerta, 1996).

- *Brincadeira dramática*: é uma técnica para expressar emoções, permitindo que as crianças encenem as situações que fazem parte das suas experiências no hospital, utilizando como suporte: bonecos ou fantoches, réplicas de equipamentos hospitalares ou algum equipamento verdadeiro. (Huerta, 1996; Sanders 2011). Estas possibilitam às crianças de aprenderem sobre os procedimentos e eventos que as preocupam, (Sanders, 2011) ou a descarregar a tensão após os mesmos (Huerta, 1996).
- *Dessensibilização*: é uma intervenção terapêutica desenvolvida para eliminar o comportamento de medo e síndromes de evitamento, onde uma resposta de ansiedade a um estímulo provocador de medo pode ser eliminada ou debilitada. Utiliza-se material do próprio hospital, tais como máscaras, seringas e bonecos anatómicos (Andraus, Minamisava & Munari, 2012)
- *Distração*: muito utilizada quando há dor, visto que é difícil prestar atenção a dois estímulos diferentes ao mesmo tempo. Utilizam-se livros de histórias, contos infantis, atividades verbais e exercícios de respiração (Andraus, Minamisava & Munari, 2012).

Intervenções de enfermagem na preparação da criança/jovem e família para a cirurgia no Serviço de Urgência de Pediatria

A Preparação para a Cirurgia deve atender aos seguintes parâmetros:

- A idade da criança/jovem
- Desenvolvimento psico-motor da criança/jovem
- Experiências hospitalares anteriores (experiência sobre cirurgia)
- Período para ser realizada a preparação pré-operatória
- O enfermeiro dispor do material necessário

Intervenções de enfermagem na preparação da criança/jovem e família para a cirurgia no Serviço de Urgência de Pediatria

Recursos a serem utilizados:

- Material necessário para os cuidados de higiene e conforto
- Guia de preparação para a criança em idade escolar e família
- Folheto com a imagem corporal para colorir
- Folheto: O meu filho vai ser operado
- Check-list pré-operatório
- Kit de preparação para a cirurgia
- Livro “Anita no Hospital”
- Dossier de artigos sobre a temática

Bibliografia

- Andraus, L. M. S.; Minamisava, R. F. & Munari, D. B. (2012). Comunicação com a criança no pré-operatório. *Revista Brasileira de Medicina*. 242-246. Acedido em 29/05/2012. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=2846&fase=imprime
- Associação dos Enfermeiros de Sala De Operações Portuguesas (2006). *Enfermagem perioperatória. Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Loures: Lusodidacta.
- Barros, Luísa. (2003). *Psicologia Pediátrica. Perspectiva Desenvolvimentista*. (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Brazelton, B. (1994). *Dar atenção à criança: para compreender os problemas normais do crescimento*. Mem Martins: Terramar.
- Broering, C. V. & Crepaldi, A. (2008). Preparação psicológica para a cirurgia em Pediatria: Importância, técnicas e limitações. *Paidéia*. 18 (39), 61-72. Acedido em 04/06/2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v18n39/v18n39a07.pdf>
- Brown, T. (2011). Especificidades Pediátricas das Intervenções de Enfermagem. In: M. J. Hochenberry & D. Wilson (Coord.) *Wong, Fundamentos de enfermagem pediátrica*. 8ª ed. (p. 703-771). Rio de Janeiro: Elsevier Editora.
- Dawson, S. (2003). Princípios da Preparação Pré-operatória. In: Kim, Manley, e Loretta, Bellman. *Enfermagem cirúrgica. Prática avançada*. Loures: Lusociência.
- Hesselgrave, Joy (2011). Influências do Desenvolvimento na Promoção da Saúde da Criança. In: M. J. Hochenberry; D. Wilson, (coord.) *Wong, Fundamentos de enfermagem pediátrica*. 8ª ed.. (p.75-100). Rio de Janeiro: Elsevier Editora.

Bibliografia

- Huerta, E. P. N. (1996 Agosto). Preparação da criança e Família para procedimentos cirúrgicos: intervenção de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, vol 30 (2). 340-353. Acedido em: 29/09/2012. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/352.pdf>
- Jorge, A. M. (2004). *Família e Hospitalização da criança*. Loures: Lusociência.
- Justus R., Wyles D., Wilson J, Rode D, Walther V. & Lim-Sulit N. (2006 Dezembro). Preparing Children and Families for surgery: Psychological Responses to Surgery. *Pediatric Nursing*, 32 (1). 35-53.
- Kiche, M. Toni, & Almeida, F. A., (2009). Brinquedo terapêutico: estratégia de alívio da dor e tensão durante o curativo cirúrgico em crianças. *Acta Paul Enferm*; 22(2)125-30. Acedido em: 29-05-2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/apc/v22n2/ao2v22n2.pdf>
- Martins, M. R. ; Ribeiro, C. A. ; Borba, R.I.H. & Silva, C.V. (2001 Março). Protocolo de preparo da criança pré-escolar para punção venosa, com utilização do Brinquedo Terapêutico. *Revista Latino-am Enfermagem*, 9 (2): 76-85; Acedido em: 29-05-2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11518.pdf>
- Mateus, B. A. (2007). *Emergência Médica Pré-hospitalar – Que realidade*. Lusociência: Loures.
- Moro, E. T. & Módulo, N. S. P. (2004 Setembro-Outubro). Ansiedade, a Criança e os Pais. *Revista Brasileira de Anestesiologia*. 54 (5). Acedido em: 04-06-2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rba/v54n5/v54n5a15.pdf>
- Li, H.C.W. ; Lopez, L. & Lee, T. L. I. (2007). Effects of preoperative therapeutic Play on Outcomes of School-Age Children Undergoing Day Surgery. *Research in Nursing & Health*, 30, 320-332.

Bibliografia

- Ordem dos Enfermeiros. Comissão de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (2011). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. I Série , número 3, volume 2. Ordem dos Enfermeiros.
- Pimentel, M. H. (2001). Preparação Pré-operatória da Criança e da Família. *Servir*, 49 (4), 172-177.
- Rothrock, J. (2008). Segurança do Paciente e do Ambiente. In J. C. Rothrock. (Coord). *Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico*. (13ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Sanders, J. (2011). Cuidado Centrado na Família da Criança Durante a Doença e a Hospitalização. In: M. J. Hochenberry & D. Wilson (Coords.) *Wong, Fundamentos de enfermagem pediátrica*. (pp. 675-702). (8ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier Editora.
- Santos, M. d. (Abril/ Maio/Junho de 2001). A Criança e o Hospital. *Nascer e Crescer. Revista do Hospital de Crianças Maria Pia. Porto*. 10 (2), 74-77.
- Schmitz, S. M; Piccoli, M. & Viera, C. (2003). A criança hospitalizada, a cirurgia e o brinquedo terapêutico: Uma reflexão para a Enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*. Acedido em: 29-05-2012. Disponível em <http://educemojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5570>
- Stow, J. (2008). Cirurgia Pediátrica. In J. C. Rothrock. (Coord). *Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico*. (13ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Teixeira, E. M. D. B. R. & Figueiredo, M. C. B. A. (2009 Março). A experiência da criança no perioperatório de cirurgia programada. Referência. II Série (9). 7-14. Acedido em: 28-03-2013. Disponível em: <http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1538/1/A%20experiencia%20da%20crian%C3%A7a.pdf>

Obrigada

Avaliação da Sessão de Formação

Com este questionário pretende-se saber a sua opinião acerca da sessão de formação que assistiu.

Perante as seguintes questões, assinale com X o número que melhor representa a sua opinião, tendo presente a seguinte escala:

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

1 - Considera que os objetivos da sessão formativa 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 considerou importantes?

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

4 – Como classifica o domínio do formador relativamente aos conteúdos apresentados?

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

5 – Como classifica a clareza do formador na 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 o adequado?

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

9 – Comentários e sugestões

Obrigada pela sua colaboração

APÊNDICE VII – Guia de preparação pré-operatória à criança em idade escolar



Preparação Pré-operatória da Criança em Idade Escolar e Família

Uma aventura no Bloco Operatório



FOTOPRIX

Elaborado por: Ana Filipa Damas, aluna do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, ESEL. Sob Orientação da EnF Priscila Carreira e da Prof Orientadora Filomena Sousa



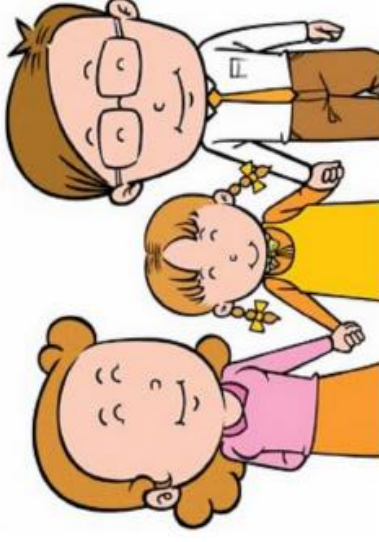
A aventura começa aqui...

Olá! O Vasco, a Maria e o Manuel vão mostrar-te a aventura que é estar no hospital quando é necessário sermos operados.



Os teus pais estarão sempre contigo!

Este é o serviço de Urgência de Pediatria e é onde vais ficar durante algumas horas...



Os teus pais trouxeram-te a este serviço de Urgência porque estás doente...

Provavelmente tens dores....

Lembras-te porque vieste ao hospital? Aqui trabalham médicos, enfermeiros e assistentes operacionais! Todos estão aqui para te ajudar a ficar bom!



Se quizeres, as/os Enfermeiras(os) têm desenhos para tu pintares a zona do corpo que está doente!...



Qual é a parte do teu corpo que está doente e precisa de ser tratada? Será o nariz, os braços, as pernas ou a barriga? Gostarias de pintar a parte do teu corpo que precisa de ajuda?



Às vezes nesta sala não nos lembramos de tudo o que se passou connosco. Por isso se entretanto te lembrares de alguma coisa procura um(a) médico(a) ou uma enfermeira(o) e conta-lhe tudo o que sabes para te poderem ajudar a ficar bom!

É importante contares como tudo começou... Quando é que ficaste doente e que remédios tomaste antes de chegar ao hospital!

Na primeira sala onde entras, está uma enfermeira que te pergunta o que se passa. É a sala de triagem. Nesta sala fazem-te perguntas. E dão-te uma pulseira com o teu nome.



Depois és visto por um ou mais médicos...

Ele vê os teus ouvidos, a garganta, a barriga e ouve o teu coração a bater com "uma coisa muito gira" chamada estetoscópio...

Para sabermos melhor o que se passa com o teu corpo vais precisar de fazer análises, e poderás ter de fazer ecografia(s) e radiografia(s).

As ecografias e radiografias são fotografias feitas com umas máquinas especiais para te ver por dentro. Não doem nada...

Estas "fotografias" não são feitas neste serviço, mas a tua mãe e o teu pai vão contigo para todo o lado! Muitas vezes vais numa maca (cama com rodinhas) ou numa cadeira de rodas!



Na Urgência de Pediatria há uma sala onde as enfermeiras preparam os medicamentos e onde tiram sangue para análises às crianças: é a sala de tratamentos...



As análises ao sangue servem para saber se está tudo bem contigo. A enfermeira tem de tirar um pouco de sangue. Com a tua ajuda é rápido...



Primeiro põem-te um elástico no braço, depois limpam-te o braço com um desinfetante...

A enfermeira explica-te tudo...



Além de te tirarem sangue poderás ter de ficar com um tubinho muito fino dentro da tua veia para poderes fazer medicação...



O tubinho (cateter) umas vezes fica no braço, outras vezes na mão...

A tua mãe ou o teu pai ficam sempre contigo!



A ecografia é feita com um gel e um "comando" que passam no sítio onde estás doente... O teu corpo aparece no ecrã de uma "televisão" ...

Uma radiografia (ou RX) é uma fotografia que mostra como é o teu corpo por dentro.



Enquanto esperas pelos resultados das análises os teus pais ficarão ao pé de ti e irás aguardar no SOPED (Sala de Observação Pediátrica).





O médico vai ver as tuas análises... Outros médicos irão falar contigo e com os teus pais. Se decidirem todos juntos que deves ser operado irás ficar com um soro (um frasco com um líquido especial) pois não podes comer nem beber até ir para a sala de operações.



No SOPED estarão sempre pessoas ao pé de ti, e estás sempre acompanhado pelos teus pais.

É uma sala muito grande...

Nesta sala podes ver televisão, fazer jogos, jogar playstation, ler...



Nesta sala vais conhecer outros meninos e meninas que também estão doentes! Às vezes fazem-se novos amigos...



Os teus pais deverão lavar sempre as mãos antes e depois de entrarem na sala, para que não fiques com outras doenças.





Durante o período em que estiveres nesta sala vais conhecer muitas enfermeiras (umas estão de branco e outras estão com roupas cheias de bonecos...)

Também vais conhecer médicos que habitualmente têm uma bata branca vestida... E os assistentes operacionais, que estão de azul... Às vezes os Dr. Palhaços aparecem para te visitar!

Se tiveres dores é importante que chames a enfermeira para te dar remédios para te sentires melhor!

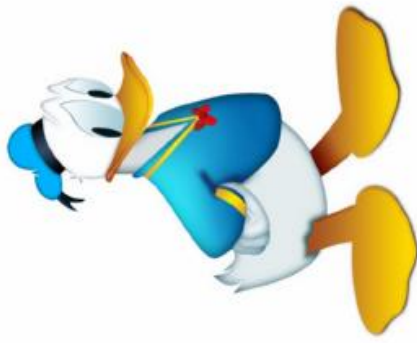


Por vezes as enfermeiras precisam de perceber como é que o teu coração está a "bater" e por esse motivo põem-te uns autocolantes na pele e uma luz no dedo! Depois ligam os autocolantes a uma televisão e também te colocam uma pulseira que de vez em quando vai apertar-te o braço mas que não magoa!



Enquanto esperas que te chamem para a sala de operações, podes ver a roupa especial que os enfermeiros e os médicos irão usar! Têm de te proteger de doenças, por isso têm de andar de máscara, gorro e com uns fatos especiais!

A tua mãe ou o teu pai também vão precisar de vestir uma roupa especial se forem contigo para a sala!



À medida que o momento se aproxima
podes ficar com medo...

Pensa que os teus pais estarão sempre
contigo...

Irás numa maca acompanhada(o) pelos
teus pais, pela enfermeira e por uma
assistente operacional.

Poderás levar um brinquedo teu para te
fazer companhia!

O caminho é muito longo até
chegar a uma sala chamada
bloco operatório (sala do sono) e
aqui vão-te pôr a dormir!



No bloco operatório estão
umas pessoas muito
simpáticas que vão
informando os teus pais como
é que estás enquanto estás a
ser operado...





Vais ficar numa sala com a mãe ou o pai onde esperas um bocadinho e onde vais conhecer as pessoas que ali trabalham.

Poderão pedir-te para soprares para uma máscara que tem um balão!

Enches o peito de ar e zás, já está! Dali a pouco tempo vais ficar com sono e vais adormecer na companhia da tua mãe ou do teu pai!

Durante a operação estarás sempre a dormir e não sentes nada!

Ao acordares os teus pais já estarão ao pé de ti!

Quando estiveres mais acordado uma enfermeira vem ter contigo! Poderás estar ainda na sala de operações...

Depois voltas para o serviço onde estavas ou vais conhecer outro, sempre com os teus pais!

Às vezes, para te ajudar a respirar tens de fazer "uns fuminhos" com uma máscara!...
É muito fácil, é só para respirares melhor!





Já foste operado!
Vou mostrar-te o
serviço para onde
podes ir!

Aqui vais conhecer
muitos meninos(as)!
Têm uma sala para
fazeres atividades
muito giras!



Tem um enorme corredor
e salas de atividades para
todos poderem brincar,
fazerem desenhos,
pinturas, jogos!

O serviço é colorido e
podes ver os trabalhos
feitos pelos meninos que
estiveram aqui internados!





Tens sempre uma campainha para poderes chamar por alguém!
Se tu ou os teus pais tiverem dúvidas perguntem às(aos) enfermeiras(os).



Os quartos são grandes! Às vezes no mesmo quarto estão quatro meninos(as)!

Depois de seres operado pode haver necessidade de trazeses um tubinho no nariz! Faz impressão, mas assim que o tubinho já não faça falta os enfermeiros tiram logo!

Não podes comer nem beber até te disserem!

Às vezes, depois da operação, doi um pouco a garganta! É normal...

Sempre que precisares de te mexer na cama fá-lo devagar e respira fundo!

Se quiseres tossir e tiveres um penso na barriga pode doer um pouco mas pode ajudar se o segurares ligeiramente!

Se o teu braço ou perna tiver gesso tens que mexer nele com cuidado!



Lembra-te: diz sempre à Enfermeira(o) se tiveres dores! Há remédios que podem ajudar!





Aqui também podes ter a visita dos Dr. Palhaços! Há professoras e educadoras!

Os teus amigos podem vir visitar-te! Pergunta às enfermeiras onde podes estar com eles! Também podes contactá-los por telefone ou por carta!



Se tiveres irmãos eles podem visitar-te, desde que não sejam muito pequeninos! Fala com a(o) enfermeira(o)! Já falta pouco para estares novamente em casa. Agora já tens uma aventura para contar aos teus amigos na escola!





Agradecimentos:
Em especial, a todas as crianças e famílias que participaram na realização deste trabalho;
Aos profissionais que colaboraram;
Aos Serviços: Internamento de Cirurgia Pediátrica e Bloco de Urgência, pela disponibilidade para a realização de fotografias.

Algumas imagens retradas do indexador www.google.pt



APÊNDICE VIII – Grelha de interação

Itens de análise da interação

Estratégias utilizadas pelo enfermeiro na comunicação com a criança/jovem/pais		Observações
Ambiente	<p>Ambiente acolhedor, seguro e afetivo;</p> <p>Conforto e privacidade mantidas</p> <p>Decoração adequada da sala/quarto</p> <p>Relação empática (já estabelecida ou não)</p> <p>Postura ética de sensibilidade e respeito</p> <p>Disponibilidade demonstrada</p>	
Apresentação	<p>Apresentação do enfermeiro (fardamento, se diz o seu nome)</p> <p>Conhece o nome pelo qual a pessoa gosta de ser tratada</p>	
Comunicação não-verbal	<p>Mensagens não-verbais (os silêncios, as expressões faciais, a postura, o olhar)</p> <p>Escuta activa/reflexiva</p> <p>O tom de voz</p> <p>A linguagem adequada à idade, aos pais e à cultura</p>	
Comunicação verbal	<p>Utilização questões abertas e claras, de forma a conduzir a uma conversação e não a um interrogatório</p> <p>Se existiram interrupções</p> <p>Se reforçados ensinios (relativos à atividade em questão e promotores de saúde)</p> <p>Se confirmadas as informações</p>	
Postura	<p>Nutre os cuidados com afeto</p> <p>Gere as emoções da pessoa/família</p> <p>Regula a disponibilidade emocional para o cuidar, promovendo a esperança</p> <p>Encoraja a participação dos pais/familiares</p> <p>Reforça competências, comportamentos positivos e auto-estima</p> <p>Tomada de decisão, envolver a pessoa/família na resolução de problemas utilizando o processo de enfermagem: avaliação inicial, planeamento, implementação e avaliação.</p>	

Diagnósticos	Objetivos/Intervenção/Avaliação

APÊNDICE IX – Norma de preparação pré-operatória à criança e família

		DIRECÇÃO DE ENFERMAGEM	
Norma: <i>Intervenção de enfermagem para a preparação da criança/jovem e família a ser submetida a cirurgia no Serviço de Urgência de Pediatria</i>			Aprovado em: Enfª Diretora
Elaboração: Enfermeira Ana Filipa Damas (Aluna de Mestrado em Enfermagem, área de Especialidade em Saúde Infantil e Pediatria) Sob Orientação: Enfermeira Priscila Carreira Prof Orientadora: Profª Filomena Sousa Data: Fevereiro de 2013	Revisto por:	Próxima Revisão: _____ / _____	

A presente norma visa descrever as intervenções realizadas pelos enfermeiros à criança/jovem e família durante o período pré-operatório no SUP do XXX.

1 – DEFINIÇÃO

Conjunto de ações relacionadas com a preparação pré-operatória da criança/jovem e família de modo a minimizar impacto traumático da cirurgia.

2 – OBJECTIVOS

- ✓ Minimizar o impacto potencialmente traumático da intervenção cirúrgica na criança/jovem e família, diminuindo o medo e a ansiedade a ela associados.
- ✓ Garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem.
- ✓ Promover a uniformização dos procedimentos de enfermagem do SUP na preparação da criança/jovem e família para a cirurgia.

3 – ÂMBITO

Aplica-se a todas as crianças/jovens e famílias que vão ser submetidas a cirurgia.

4 – RESPONSABILIDADE

A responsabilidade é da equipa de enfermagem - Enfermeiros Especialistas e Generalistas responsáveis pela prestação de cuidados à criança/jovem e família

5 – PRINCÍPIOS

As crianças que passam por procedimentos cirúrgicos exigem uma preparação psicológica e física (Brown, 2011). A preparação para a cirurgia proporciona à criança/família a aquisição de competências para enfrentar uma situação desconhecida sendo a melhor forma de diminuir a ansiedade e medos. Deve abranger o pré-operatório, o peri-operatório e o pós-operatório imediato e posterior, Bess d'Alcantara (2008), citado por Broering & Crepaldi (2008). Para Andraus, Minamisava & Munari (2012), a preparação da criança no pré-operatório é crucial para o sucesso da cirurgia e depende da idade, do tipo de cirurgia, das condições da criança e da sua família. Os resultados refletem-se na resposta positiva da criança após o procedimento, na colaboração dos pais nos cuidados, maior segurança quando da alta hospitalar, menor uso de medicamentos (antibióticos e analgésicos) e menos dias de hospitalização (Andraus et al, 2012).

Em situação de urgência, o início abrupto de doença ou a ocorrência de um traumatismo deixa pouco tempo para preparações e explicações (Sanders, 2011). Urgência, segundo a American Hospital Association (1972), citado por Mateus (2007), é uma situação que requer atenção médica no espaço de algumas horas. Este período de algumas horas que antecede a cirurgia permite ao enfermeiro fazer alguma preparação pré-operatória. Contudo, nas situações em que devido às condições físicas da criança não é possível fazer a preparação pré-operatória, é importante avaliar o que a criança pensa a respeito da admissão e dos procedimentos a ela relacionados (Huerta 1996; Sanders, 2011). Em situação de Urgência devem ser fornecidas à criança, de acordo com o seu nível de desenvolvimento cognitivo, explicações honestas, curtas e simples, que transmitam confiança no procedimento e seus resultados (Roskies, citado por Huerta, 1996). Assim, as estratégias utilizadas na

preparação devem ter em consideração a idade, o nível de desenvolvimento cognitivo da criança/jovem, o estilo de confronto/personalidade, experiências hospitalares anteriores, tipo de cirurgia (Huerta, 1996; Barros, 2003; Moro & Módolo, 2004; Andraus et al, 2012) e o período para ser realizada a preparação pré-operatória, (Moro & Módolo, 2004).

Existem várias técnicas usadas na preparação pré-operatória: transmissão de informações, a modelagem (uso do brinquedo de dramatização), a brincadeira terapêutica (uso do brinquedo terapêutico), a dessensibilização e a distração (Huerta, 1996; Sanders 2011; Andraus et al, 2012).

Transmissão da informação: as crianças em idade escolar e adolescentes devem ser informadas sobre a sua situação de saúde. Os pais devem ser esclarecidos e estimulados a participar ativamente no tratamento dos filhos, contribuindo com a sua presença e afeto, independentemente da gravidade da situação ou do prognóstico. Manter os pais informados da situação clínica da criança e do período de tempo da cirurgia é importante para acalmar e dar conforto aos pais (Andraus et al, 2012).

Brincadeira terapêutica: é usada para ajudar as crianças a lidarem com as suas preocupações e medos, sendo uma modalidade não orientada (Sanders 2011). A enfermeira não pode sugerir quais os brinquedos que a criança deve utilizar, nem tentar conduzir a brincadeira (Huerta, 1996).

Brincadeira dramática: é uma técnica para expressar emoções, permitindo que as crianças encenem as situações que fazem parte das suas experiências no hospital, utilizando como suporte: bonecos ou fantoches, réplicas de equipamentos hospitalares ou algum equipamento verdadeiro (Huerta, 1996; Sanders 2011). Estas possibilitam às crianças de aprenderem sobre os procedimentos e eventos que as preocupam (Sanders, 2011) ou a descarregar a tensão após os mesmos (Huerta, 1996).

Dessensibilização: é uma intervenção terapêutica desenvolvida para eliminar o comportamento de medo e síndromes de evitamento, onde uma resposta de ansiedade a um estímulo provocador de medo pode ser eliminada ou debilitada. Utiliza-se material do próprio hospital, tais como máscaras, seringas e bonecos anatómicos (Andraus et al, 2012).

Distração: muito utilizada quando há dor, visto que é difícil prestar atenção a dois estímulos diferentes ao mesmo tempo. Utilizam-se livros de histórias, contos infantis, atividades verbais e exercícios de respiração (Andraus et al, 2012).

6 – REQUISITOS

A Preparação para a Cirurgia deve atender aos seguintes parâmetros:

- ✓ A idade da criança/jovem
- ✓ Desenvolvimento psico-motor da criança/jovem,
- ✓ Experiências hospitalares anteriores (Experiência sobre cirurgia)
- ✓ Período para ser realizada a preparação pré-operatória
- ✓ O enfermeiro dispor do material necessário

7 – MATERIAL

- ✓ Material necessário para os cuidados de higiene e conforto
- ✓ Guia de preparação para o doente em idade escolar
- ✓ Folheto com a imagem corporal para colorir
- ✓ Folheto: O meu filho vai ser operado
- ✓ Check-list pré-operatório
- ✓ Kit de preparação para a cirurgia
- ✓ Livro “Anita no Hospital”
- ✓ Dossier de artigos sobre a temática

8 - DESCRIÇÃO

Intervenções de Enfermagem	Justificação
<i>Preparação da criança para a cirurgia e procedimentos associados</i>	<i>Minimizar o impacto potencialmente traumático da intervenção cirúrgica, a fim de diminuir o risco de sintomas/distúrbios emocionais</i>
Acolhimento da criança/jovem e família	Favorecer a integração do utente no SUP e na Instituição
Avaliação dos conhecimentos e compreensão da criança/jovem e família face à situação	Permitir o planeamento da informação a prestar à criança/jovem e família durante a prestação de cuidados
Explicar todos os procedimentos de acordo com o grupo etário, nível de desenvolvimento, medos, personalidade, vivências e experiências anteriores (ANEXOS 1, 2 e 3)	Favorecer a confiança e tranquilidade da criança/pessoa significativa.
Esclarecimento de dúvidas	Promover a tranquilidade da criança/jovem e família
Clarificação de conceitos	Permitir o equilíbrio emocional da criança/pessoa significativa perante o ambiente desconhecido
Dar informação sobre: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Permanência dos pais/pessoa significativa ✓ Importância de trazer o objeto significativo ✓ Cuidados de higiene operatórios, ✓ Necessidade do jejum pré-operatório ✓ Circuito do utente (SUP/BO/enfermaria) ✓ Fardamento do pessoal do B.O ✓ Características físicas de uma enfermaria (uso do Guia de preparação pré-operatório em idade escolar) ✓ Vantagens da pré-medicação (per os e tópica – EMLA) ✓ ✓ Como é efetuada a indução anestésica ✓ Reações prováveis no pós-operatório imediato ✓ Identificação da história de dor da 	Permitir que a criança se sinta mais confiante, reduzir a ansiedade dos pais e favorecer adaptação ao ambiente hospitalar Idem Idem Idem Idem Idem Idem Permitir que a criança/família compreenda que existem medidas para minimizar ou prevenir a dor Permitir que o utente/família compreenda o que é a anestesia Preparar os pais e a criança e diminuir a sua ansiedade Permitir conhecer as palavras que a

<p>criança</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Existência e controlo da dor (no pós-operatório e eventualmente no pré) ✓ Estratégias farmacológicas e não-farmacológicas para alívio da dor ✓ Tempo provável de internamento <p>Identificação dos hábitos relacionados com as Atividades de Vida da criança</p> <p>Treino da Escala de Dor, com as crianças de idade ≥ 5 anos (se possível)</p> <p>Avaliação do peso</p> <p>Manuseamento do material lúdico relacionado com (uso, se possível, de técnicas de brincadeira terapêutica, brincadeira dramática e dessensibilização):</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Material existente na Instituição ✓ Características físicas de uma enfermaria (Guia de preparação pré-operatória em idade escolar) ✓ Características físicas de um B.O (Guia de preparação pré-operatória em idade escolar) ✓ Fardamento do pessoal do B.O (Guia de preparação pré-operatória em idade escolar e Kit) ✓ Indução anestésica: inalatória e injetável <p>Explicação sobre as zonas do corpo que vão estar envolvidas (fazendo uso do folheto ilustrativo se tiver idade escolar) Esclarecimento de dúvidas colocadas durante a manipulação do material Esclarecimento das questões colocadas pela criança Avaliação do comportamento/reação do utente pediátrico durante a interação Validação das informações transmitidas</p> <p>Entrega de folheto informativo Explicar e providenciar Exames Complementares de Diagnóstico</p>	<p>criança usa para descrever a dor, as experiências dolorosas anteriores, as reações, assim como as estratégias que utilizam para lidar com a dor. Permitir que o utente compreenda que existem medidas para minimizar ou eliminar a dor; Treinar escalas (se possível).</p> <p>Validar as expectativas do utente</p> <p>Verificar hábitos alimentares, rotinas de sono/repouso; Permitir a programação de atividades lúdicas; Adequar o material a utilizar na preparação da criança para a cirurgia. Ajudar a criança a compreender corretamente o significado e a capacitá-la para que utilize de forma eficaz a escala de avaliação da intensidade da dor selecionada. Minimizar o risco de sob ou sobre dosagem terapêutica Promover a aproximação antecipatória à situação real Favorecer a adaptação ao ambiente hospitalar Idem.</p> <p>Dar a conhecer os tipos de indução anestésica</p> <p>Favorecer a adaptação à alteração da imagem corporal no pós-operatório, Reduzir fantasias Eliminar falsos conceitos e dúvidas</p> <p>Permitir conhecer o modo como a criança, jovem/pessoa significativa lidam com a situação</p> <p>Confirmar a compreensão das informações Complementar a informação dada</p>
---	--

<p>(análises à urina, de sangue, radiografias, TAC)</p>	
<p><i>Cuidados de higiene e conforto</i></p> <p>(Ver Norma: Preparação pré-operatória de crianças/jovens - cuidados físicos)</p> <p>Utilização de estratégias não-farmacológicas de controlo da ansiedade</p> <p>Utilização de estratégias não-farmacológicas de controlo dor (de acordo com o estágio de desenvolvimento da criança):</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ utilização de técnica de distração ✓ colo (no RN) ✓ sucção não nutritiva (no RN) ✓ posicionamento ✓ calor <p>Avaliação da necessidade de utilização de estratégias farmacológicas de controlo da dor e solicitar prescrição médica</p> <p>Avaliação da necessidade de utilização de estratégias farmacológicas de controlo da ansiedade e solicitar prescrição médica.</p> <p>Utilização de estratégias farmacológicas de controlo da dor de acordo com a indicação clínica.</p> <p>Administrar medicação pré-anestésica, de acordo com prescrição médica</p>	<p><i>Prevenir e minimizar o risco de infeção cirúrgica</i></p> <p>Diminuir a ansiedade e promover a colaboração do utente durante o procedimento.</p> <p>Diminuir a perceção da dor e aumentar o limiar de tolerância.</p> <p>Promover o controlo da dor aguda.</p> <p>Promover o controlo da dor aguda.</p> <p>Reduzir a ansiedade e promover o conforto.</p> <p>Adequar às necessidades específicas de cada procedimento. Assegurar a realização do procedimento.</p>
<p><i>Cuidados de nutrição e eliminação</i></p> <p>Verificar dieta 0</p> <p>Realizar antibioterapia se necessário, de acordo com prescrição médica</p> <p>Aplicação de EMLA para puncionar AVP/colheita de sangues (Ver Norma: Aplicação tópica de anestésico local EMLA)</p> <p>Administrar sacarose (Ver Norma nº 23: Intervenções de Enfermagem na administração de sacarose 24%)</p> <p>Promover a sucção não nutritiva e o colo</p>	<p><i>Prevenir complicações cirúrgicas</i></p> <p>Garantir a segurança anestésica da criança</p> <p>Prevenir infeções</p> <p>Prevenir a dor da punção venosa</p> <p>Prevenir a dor e aumentar o conforto</p>

<p>Puncionar AVP (Ver Norma nº 20: Preparação da criança em idade pré-escolar e escolar para a punção venosa - utilização do brinquedo com intencionalidade terapêutica) Colher sangue para análises Colher sangue para verificar grupo sanguíneo Administrar fluidoterapia, se necessário Verificar e registar a última micção e/ou dejeção</p>	<p>Garantir a segurança anestésica da criança</p> <p>Manter um bom equilíbrio hidro-electrolítico</p>
<p><i>Cuidados de proteção e segurança</i></p> <p>Avaliar SV Identificar alergias Verificar estado de dentição (se tem dentes a abanar) Verificar consentimento informado assinado Verificar o uso de pulseira identificadora no utente Verificar se a pertences do utente ficam entregues aos familiares/acompanhante Transferência do utente para o BO acompanhado com processo clínico com etiquetas, boletim de internamento, folha de terapêutica, exames complementares de diagnóstico e check-list identificada e preenchida.</p> <p>Efetuar registos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dados colhidos ✓ Atividades de vida ✓ Intervenções de Enfermagem ✓ Comportamento/reação do utente ✓ Avaliação 	<p><i>Assegurar a segurança do doente e prevenir complicações cirúrgicas</i></p> <p>Permitir a continuidade de cuidados</p>

9 – SIGLAS

AVP – Acesso Venoso Periférico

BO – Bloco Operatório

EMLA - Eutectic Mixture of Local Anesthetics

XXX – Hospital XX

RN – Recém-Nascido

SUP – Serviço de Urgência de Pediatria

SV – Sinais Vitais

SOPED – Sala de Observação de Pediatria

10 – BIBLIOGRAFIA

Andraus, L. M. S.; Minamisava, R. F. & Munari, D. B. (2012). Comunicação com a criança no pré-operatório. *Revista Brasileira de Medicina*. 242-246. Acedido em 29/05/2012. Disponível em:

http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=2846&fase=imprime

Associação dos Enfermeiros de Sala De Operações Portuguesas (2006). *Enfermagem perioperatória. Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Loures: Lusodidacta.

Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica. Perspectiva Desenvolvimentista*. (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Brazelton, B. (1994). *Dar atenção à criança: para compreender os problemas normais do crescimento*. Mem Martins: Terramar.

Broering, C. V. & Crepaldi, A. (2008). Preparação psicológica para a cirurgia em Pediatria: Importância, técnicas e limitações. *Paidéia*, 18 (39), 61-72. Acedido em 04/06/2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v18n39/v18n39a07.pdf>

Brown, T. (2011). Especificidades Pediátricas das Intervenções de Enfermagem. In: M. J. Hochenberry & D. Wilson (Coords.) *Wong, Fundamentos de enfermagem pediátrica*. (8ª ed.). (pp. 703-771). Rio de Janeiro: Elsevier Editora.

Dawson, S. (2003). Princípios da Preparação Pré-operatória. In: K. Manley, e L. Bellman. *Enfermagem cirúrgica. Prática avançada*. Loures: Lusociência.

Hesselgrave, Joy (2011). Influências do Desenvolvimento na Promoção da Saúde da Criança. In: M. J. Hochenberry,; D. Wilson, (coords.) Wong, *Fundamentos de enfermagem pediátrica*. (8ª ed.). (pp.75-100). Rio de Janeiro: Elsevier Editora.

Huerta, E. P. N. (1996 Agosto). Preparação da criança e Família para procedimentos cirúrgicos: intervenção de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem USP*. 30(2). 340-353. Acedido em 29/09/2012. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/352.pdf>

Jorge, A. M. (2004). *Família e Hospitalização da criança*. Loures: Lusociência.

Justus R., Wyles D., Wilson J, Rode D, Walther V. & Lim-Sulit N. (2006 Dezembro). Preparing Children and Families for surgery: Psychological Responses to Surgery. *Pediatric Nursing*. 32 (1). 35-53.

Kiche, M. T. & Almeida, F. A., (2009). Brinquedo terapêutico: estratégia de alívio da dor e tensão durante o curativo cirúrgico em crianças. *Acta Paul Enferm*; 22 (2) 125-130. Acedido a 29-05-2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n2/a02v22n2.pdf>

Martins, M. R. ; Ribeiro, C. A. ; Borba, R.I.H. & Silva, C.V. (2001 Março). Protocolo de preparo da criança pré-escolar para punção venosa, com utilização do Brinquedo Terapêutico. *Revista Latino-am Enfermagem*. 9 (2): 76-85; Acedido a 29-05-2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11518.pdf>

Mateus, B. A. (2007). *Emergência Médica Pré-hospitalar – Que realidade*. Loures: Lusociência.

Moro, E. T. & Módulo, N. S. P. (2004 Setembro-Outubro). Ansiedade, a Criança e os Pais. *Revista Brasileira de Anestesiologia*. 54 (5). Acedido em 04-06-2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rba/v54n5/v54n5a15.pdf>

Li, H.C.W. ; Lopez, L. & Lee, T. L. I. (2007). Effects of preoperative therapeutic Play on Outcomes of School-Age Children Undergoing Day Surgery. *Research in Nursing & Health*, 30, 320-332.

Ordem dos Enfermeiros. Comissão de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (2011). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Série 1, nº 3, volume 2. Ordem dos Enfermeiros.

Pimentel, M. H. (2001). Preparação Pré-operatória da Criança e da Família. *Servir*. 49 (4), 172-177.

Rothrock, J. (2008). Segurança do Paciente e do Ambiente. In J. C. Rothrock. (Coords). *Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico*. (13ª ed.). Loures: Lusodidacta.

Santos, M. d. (2001 Abril/Maio/Junho). A Criança e o Hospital. *Nascer e Crescer. Revista do Hospital de Crianças Maria Pia. Porto*. 10 (2), 74-77.

Sanders, J. (2011). Cuidado Centrado na Família da Criança Durante a Doença e a Hospitalização. In M. J.Hochenberry & D. Wilson (Coord.) *Wong, Fundamentos de enfermagem pediátrica*. (pp. 675-702). (8ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier Editora.

Schmitz, S. M; Piccoli, M. & Viera, C. (2003). A criança hospitalizada, a cirurgia e o brinquedo terapêutico: Uma reflexão para a Enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*. Acedido a 29-05-2012. Disponível em: <http://edueojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5570>;

Stow, J. (2008). Cirurgia Pediátrica. In J. C. Rothrock. (Coord). *Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico*. (13ª ed.). Loures: Lusodidacta.

Teixeira, E. M. D. B. R. & Figueiredo, M. C. B. A. (2009 Março). A experiência da criança no perioperatório de cirurgia programada. Referêcia. II Série (9). 7-14. Acedido em: 28-03-2013. Disponível em: <http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1538/1/A%20experiencia%20da%20crian%C3%A7a.pdf>

Anexos

Anexo 1 - 13 Princípios Gerais

13 Princípios Gerais

1. Abordagem individual, devendo respeitar-se o nível de desenvolvimento da criança/jovem, bem como a forma habitual como ela reage ao stress;
2. Deve ser feito pela enfermeira responsável pela criança (alguém da confiança da criança)
3. Explicações curtas, honestas e diretas, em linguagem simples e objetiva, em termos do que irá acontecer, do que a criança poderá vir a sentir e como pode colaborar. Se for contado à criança o que ela deve esperar e como pode ajudar, ela ficará confiante se tudo o que for dito se confirmar na realidade.
4. Explicar todos os procedimentos que serão realizados antes e após a cirurgia e permitir, se possível, que a criança pratique todos os procedimentos que vão precisar da sua colaboração, como tossir, virar-se, respirar profundamente.
5. Utilizar termos concretos junto com o auxílio de recursos visuais para descrever o procedimento, como por ex., um desenho de traçado simples ou, quando possível e apropriado, utilizar brinquedo de dramatização, demonstrando o procedimento nos bonecos.
6. Repetir várias vezes a explicação, permitindo à criança oportunidade para perguntar e falar várias vezes sobre o assunto.
7. Desde que a criança seja capaz, deixá-la manusear e brincar com o equipamento de dramatização.
8. Quando a criança usa a negação como mecanismo de defesa, é necessário romper essa barreira sempre com a verdade, mesmo que aparentemente as nossas palavras não sejam ouvidas.
9. A criança não tem capacidade para compreender tudo o que ouve durante a preparação pré-operatória, mas receberá a mensagem de que a queremos ajudar.
10. Encorajar a presença dos pais, principalmente aos menores de 5 anos
11. Permitir a presença de objeto significativo
12. Elogiar a criança, independentemente de qual tenha sido o seu comportamento
13. Voltar para perto da criança após o procedimento para reforçar o relacionamento positivo e relacionar-se com a enfermeira durante o período de relaxamento, permitindo que a criança a perceba não apenas como alguém associada a situações stressantes.

Anexo 2 - Recomendações gerais segundo Huerta (1996)

Recomendações gerais segundo Huerta (1996)

- ✓ Crianças até 1,5 – 2 anos: preparar suas mães
- ✓ Crianças de 2-4 anos: dramatizar os aspetos mais relevantes do procedimento, tais como: pessoas usando avental, máscara e gorro; a “anestesia” é “um cheirinho” ou “um remédio para vocês dormir e não sentir dor”, acordar junto aos pais
- ✓ Crianças de 4 a 6 anos: utilizar o “brinquedo terapêutico” e o “brinquedo de dramatização”
- ✓ Escolares no início do período: utilizar o “brinquedo de dramatização”
- ✓ Escolares maiores: explanação com auxílio de desenhos sobre o que acontecerá e porquê; permitir escolhas possíveis (como o local de aplicação do pré-anestésico); permitir privacidade na higiene e para se vestir
- ✓ Adolescentes: fornecer o máximo de informação de acordo com as suas necessidades, considerando as suas preocupações com a sua imagem corporal e a sua integridade; permitir escolhas possíveis e privacidade na higiene e para se vestir; a permanência dos pais dependerá da escolha do adolescente

Anexo 3 - Medos conforme as etapas de desenvolvimento

Medos conforme as etapas de desenvolvimento

Idades Aproximadas	Medos conforme as etapas de desenvolvimento	Intervenções de enfermagem apropriadas
Lactente – 2 anos	Separação	Utilizar voz suave; cantar, segurar a criança, oferecer brinquedos à criança ao segurá-la para proporcionar distrações. Não tocar na criança no primeiro contacto; Permitir a presença de brinquedos e/ou objeto pessoal para promoção do conforto/segurança
Infante ou Toddler	Separação Dependência forçada	Fornecer apenas escolhas simples; envolver a criança em ações quando possível; usar distrações, cantar canções que a criança possa reconhecer; Permitir objetos pessoais para promoção do conforto/segurança
Início da infância, pré-escolar	Separação Mutilação do corpo	Usar histórias nos procedimentos; Permitir que a criança manuseie objetos desconhecidos para diminuir o stress (por ex.: máscara, oxímetro); Permitir objetos pessoais para promoção do conforto/segurança
Metade da infância, idade escolar (7-11 anos)	O desconhecido Mutilação do corpo Desempenho inadequado	Fornecer informações simples para diminuir o stress; ser honesto; Não esperar que a criança reaja como um adulto. Permitir objetos pessoais para conforto/segurança
Adolescência	Imagem corporal alterada Morte	Questionar a respeito das suas preocupações; Fornecer informações para diminuir os medos; Fornecer a maior privacidade possível quando a remoção da roupa é necessária. Utilizar imagem mental para diminuir o stress; Oferecer-se para segurar a mão para proporcionar conforto; Permitir objeto pessoal

Adaptado: Stow, J. (2008). Cirurgia Pediátrica. In J. C. Rothrock. (Coord). *Alexander. Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico*. (13ª ed.). Loures: Lusodidacta.

APÊNDICE X – Objetivos dos campos de estágio

Serviço de Neonatologia – De 22 de Outubro de 2012 a 11 de Novembro de 2012

Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Atividades
<p>Desenvolver competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria que permitam prestar cuidados de saúde globais e individualizados</p>	<p>Conhecer a estrutura física, dinâmica organizacional e metodologia de trabalho da equipa de enfermagem do serviço de neonatologia no âmbito dos cuidados prestados ao recém-nascido e família</p> <p>Desenvolver a capacidade de comunicação com RN e família de acordo com as suas características e etapa de desenvolvimento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reunião com a enfermeira chefe do serviço e enfermeira tutora de estágio para apresentação do projeto e dos objetivos do ensino clínico • Realização de visita guiada ao serviço • Consulta de documentos disponíveis no local de estágio (manuais, protocolos, normas, registo de dados) • Observação direta da dinâmica do serviço • Reuniões com a Enfª tutora do estágio para esclarecimento de dúvidas e orientação <ul style="list-style-type: none"> • Realização de pesquisa bibliográfica • Promoção do acolhimento do RN e família, criando proximidade com o RN e família, promovendo a comunicação • Interação com recém-nascido e família, comunicando com o recém-nascido e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento do recém-nascido e cultura • Observação ativa • Participação na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança e família, sob supervisão da Enfª tutora • Colaboração com a restante equipa de enfermagem em todas as atividades planeadas • Reuniões com a enfª tutora e com a professora orientadora para esclarecimento de dúvidas, orientação, reflexão e análise da intervenção do enfermeiro especialista • Elaboração de um diário reflexivo (utilizando o ciclo de Gibbs) durante o estágio

Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Atividades
<p>Desenvolver competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria que permitam prestar cuidados de saúde globais e individualizados</p>	<p>Promover o crescimento e o desenvolvimento infantil</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de pesquisa bibliográfica • Consulta de documentos disponíveis no local de estágio (registos do processo clínico) • Observação ativa e participação na prestação de cuidados sob supervisão da enfa^a tutora • Colaboração com a restante equipa de enfermagem em todas as atividades planeadas • Acompanhamento da tríade mãe-pai-criança, nomeadamente no que concerne ao esclarecimento de dúvidas e orientações (cuidados antepartórios) • Observação do comportamento dos pais na satisfação das suas necessidades no exercício da parentalidade e vinculação • Promoção da vinculação pais/RN através do contacto físico, do estabelecimento de uma linguagem afetiva, valorização das competências dos pais e bebé (ex.: toque, método mãe/pai canguru, pegar ao colo, a valorização das competências do RN e parentais, incentivar a presença dos pais) • Promoção da parentalidade (ensino sobre amamentação do RN, imunização, higiene e vestuário, importância de períodos de repouso/sono do RN, adoção de medidas de segurança, medidas preventivas de quedas e acidentes, escolha apropriada de brinquedos, importância do toque nos afetos) – preparação para a alta • Orientação aos pais para comportamentos promotores de saúde (nutrição, exercício físico, importância dos períodos de repouso/sono, gestão de stress) • Detecção precoce de situações e encaminhamento de situações que possam comprometer ou afetar a qualidade de vida do RN e família (ex.: rastreio auditivo) • Reuniões com a enfa^a tutora e com a professora orientadora para esclarecimento de dúvidas, orientação, reflexão e análise da intervenção do enfermeiro especialista

Serviço de Consultas Externas de Pediatria (Consulta de enfermagem pré-operatória) – De 12 a 25 de Novembro de 2012

Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Atividades
<p>Desenvolver competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria que permitam prestar cuidados de saúde globais e individualizados</p>	<p>Conhecer a estrutura física, dinâmica organizacional e metodologia de trabalho da equipa de enfermagem da Consulta Externa no âmbito dos cuidados prestados na preparação pré-operatória à criança e família</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reunião com a enfª chefe do serviço e enfª tutora de estágio para apresentação do projeto e dos objetivos do ensino clínico • Realização de visita guiada ao serviço • Consulta de documentos disponíveis no local de estágio (manuais, protocolos, normas, registo de dados) • Observação direta da dinâmica do serviço • Reuniões com a Enfª tutora do estágio para esclarecimento de dúvidas e orientação
	<p>Desenvolver a capacidade de comunicação com a criança e família de acordo com as suas características e etapa de desenvolvimento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de pesquisa bibliográfica • Interação com a criança e família, comunicando com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e cultura • Observação ativa • Elaboração de grelha de registo de interações • Identificação de estratégias utilizadas pelo enfermeiro na comunicação com a criança e a família (ex.: brincadeira terapêutica, modelagem) • Colaboração na prestação de cuidados sob supervisão da Enfª tutora • Colaboração com a restante equipa de enfermagem em todas as atividades planeadas • Reuniões com a enfª tutora e professora orientadora para esclarecimento de dúvidas, orientação, reflexão e análise • Elaboração de um diário reflexivo (utilizando o ciclo de Gibbs) durante o estágio

Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Atividades
<p>Desenvolver competências para preparar a criança e família para a intervenção cirúrgica</p>	<p>Aprofundar conhecimentos sobre a preparação pré-operatória da criança/jovem e família</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de pesquisa bibliográfica • Reunião de trabalho com peritos na área da preparação pré-operatória • Identificação dos objetivos da consulta de enfermagem • Consulta de documentos disponíveis no local de estágio (manuais, protocolos, normas, registo de dados) • Observação direta da prática de enfermagem
	<p>Conhecer as intervenções de enfermagem promotoras da adaptação da criança e família submetida a cirurgia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de pesquisa bibliográfica • Reuniões de trabalho com enfermeiros que realizam a consulta de preparação pré-operatória • Consulta de documentos disponíveis no local de estágio (manuais, protocolos, normas, registo de dados, consulta da folha de colheita de dados adotada) • Observação direta da realização da consulta de enfermagem pré-operatória • Realização de grelha de registo de interação

Serviço de Internamento de Cirurgia Pediátrica/Queimados – De 26 de Novembro a 9 de Dezembro de 2012

Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Atividades
<p>Desenvolver competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria que permitam prestar cuidados de saúde globais e individualizados</p>	<p>Conhecer a estrutura física, dinâmica organizacional e metodologia de trabalho da equipa de enfermagem do serviço de internamento</p> <p>Desenvolver a capacidade de comunicação com a criança e família de acordo com as suas características e etapa de desenvolvimento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reunião com a Enfª chefe do serviço e enfª tutora de estágio para apresentação do projeto e dos objetivos do ensino clínico • Realização de visita guiada ao serviço • Consulta de documentos disponíveis no local de estágio (manuais, protocolos, normas, registo de dados) • Observação direta da dinâmica do serviço • Reuniões com a Enfª tutora do estágio para esclarecimento de dúvidas e orientação • Realização de pesquisa bibliográfica • Promoção do acolhimento do criança e família, criando proximidade com a criança e família, promovendo a comunicação • Interação com a criança e família, comunicando com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e cultura • Observação ativa • Elaboração de grelha de registo de interações • Prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança e família sob supervisão da Enfª tutora • Colaboração com a restante equipa de enfermagem em todas as atividades planeadas • Reuniões com a Enfª tutora para esclarecimento de dúvidas, orientação, reflexão e análise • Elaboração de um diário reflexivo (utilizando o ciclo de Gibbs) durante o estágio

Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Atividades
<p>Desenvolver competências para preparar a criança e família para a intervenção cirúrgica</p>	<p>Aprofundar conhecimentos sobre a preparação pré-operatória da criança/jovem e família internada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de pesquisa bibliográfica • Consulta de documentos disponíveis no local de estágio (manuais, protocolos, normas, registo de dados) • Observação direta da prática de enfermagem
	<p>Conhecer as intervenções de enfermagem promotoras da adaptação da criança e família submetida a cirurgia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de pesquisa bibliográfica • Reuniões de trabalho com enfermeiros que prestam cuidados especializados ao doente cirúrgico • Consulta de documentos disponíveis no local de estágio (manuais, protocolos, normas, registo de dados, consulta da folha de colheita de dados adotada) • Observação direta da prática de enfermagem • Identificação de como é efetuada a preparação pré-operatória • Realização de grelha de registo de interação
	<p>Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança e família, dando particular relevância ao doente cirúrgico, com competência científica, técnica e humana</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Colaboração na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança vítima de queimadura e família • Colaboração na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança submetida a cirurgia programada • Colaboração na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança submetida a cirurgia de urgência (pós operatório) • Observação direta das respostas comportamentais das crianças/famílias • Elaboração grelha de registo de interação segundo o modelo de Callista Roy para identificação e registo dos estímulos e respostas comportamentais

Serviço de Internamento de Cirurgia Pediátrica (Unidade de Ambulatório) – De 10 a 23 de Dezembro de 2012

Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Atividades
<p>Desenvolver competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria que permitam prestar cuidados de saúde globais e individualizados</p>	<p>Conhecer a estrutura física, dinâmica organizacional e metodologia de trabalho da equipa de enfermagem da unidade de ambulatório do serviço de internamento de Cirurgia Pediátrica</p> <p>Desenvolver a capacidade de comunicação com a criança e família de acordo com as suas características e etapa de desenvolvimento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reunião com a enfª chefe do serviço e enfª tutora de estágio para apresentação do projeto e dos objetivos do ensino clínico • Realização de visita guiada ao serviço • Consulta de documentos disponíveis no local de estágio (manuais, protocolos, normas, registo de dados) • Observação direta da dinâmica do serviço • Reuniões com a Enfermeira tutora do estágio para esclarecimento de dúvidas e orientação <ul style="list-style-type: none"> • Realização de pesquisa bibliográfica • Promoção do acolhimento do criança e família, criando proximidade com a criança e família, promovendo a comunicação • Interação com a criança e família, comunicando com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e cultura • Observação ativa • Elaboração de grelha de registo de interações • Prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança e família sob supervisão da enfª tutora • Colaboração com a restante equipa de enfermagem em todas as atividades planeadas • Reuniões com a enfª tutora para esclarecimento de dúvidas, orientação, reflexão e análise • Elaboração de um diário reflexivo (utilizando o ciclo de Gibbs) durante o estágio

Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Atividades
<p>Desenvolver competências para preparar a criança e família para a intervenção cirúrgica</p>	<p>Aprofundar conhecimentos sobre a preparação pré-operatória da criança/jovem e família</p> <p>Conhecer as intervenções de enfermagem promotoras da adaptação da criança e família submetida a cirurgia</p> <p>Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança e família, dando particular relevância ao doente cirúrgico, com competência científica, técnica e humana</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de pesquisa bibliográfica • Consulta de documentos disponíveis no local de estágio (manuais, protocolos, normas, registo de dados) • Observação direta da prática de enfermagem <ul style="list-style-type: none"> • Realização de pesquisa bibliográfica • Reuniões de trabalho com enfermeiros que prestam cuidados especializados ao doente cirúrgico • Consulta de documentos disponíveis no local de estágio (manuais, protocolos, normas, registo de dados, consulta da folha de colheita de dados adotada) • Observação direta da prática de enfermagem • Identificação de como é efetuada a preparação pré-operatória • Realização de grelha de registo de interação segundo o modelo de Callista Roy para identificação e registo dos estímulos e respostas comportamentais • Colaboração na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança submetida a cirurgia programada • Observação direta das respostas comportamentais das crianças/famílias • Realização de grelha de registo de interação segundo o modelo de Callista Roy para identificação e registo dos estímulos e respostas comportamentais

Urgência Pediátrica – De 3 de Janeiro de 2013 a 17 de Fevereiro de 2013

Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Atividades
<p>Desenvolver competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria que permitam prestar cuidados de saúde globais e individualizados</p>	<p>Desenvolver a capacidade de comunicação com a criança e família de acordo com as suas características e etapa de desenvolvimento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de pesquisa bibliográfica • Promoção do acolhimento do criança e família, criando proximidade com a criança e família, promovendo a comunicação • Interação com a criança e família, comunicando com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e cultura • Observação ativa • Elaboração de grelha de registo de interações segundo o modelo de Callista Roy para identificação e registo dos estímulos e respostas comportamentais • Prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança e família sob supervisão da enfª tutora • Colaboração com a restante equipa de enfermagem em todas as atividades planeadas • Reuniões com a enfª tutora para esclarecimento de dúvidas, orientação, reflexão e análise • Elaboração de um diário reflexivo (utilizando o ciclo de Gibbs) durante o estágio

Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Atividades
<p>Desenvolver competências para preparar a criança e família para a intervenção cirúrgica</p>	<p>Aprofundar conhecimentos sobre a preparação pré-operatória da criança/jovem e família, com maior ênfase na idade escolar, em situação de Urgência</p> <p>Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança e família, dando particular relevância ao doente cirúrgico, com competência científica, técnica e humana</p> <p>Fomentar boas práticas na preparação da criança/jovem e família para a cirurgia de Urgência</p> <p>Motivar a equipa de enfermagem a intervenções que promovam a adaptação da criança e família submetida a cirurgia de Urgência</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de pesquisa bibliográfica • Prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança submetida a cirurgia de urgência • Observação direta das respostas comportamentais das crianças/famílias • Realização de grelha de registo de interação segundo o modelo de Callista Roy para identificação e registo dos estímulos e respostas comportamentais • Reunião com a enfª chefe do serviço para calendarização da formação sobre a preparação pré-operatória em situação de urgência • Reuniões com os pares para partilha de saberes e experiências • Formação em serviço sobre a temática “preparação pré-operatória em situação de Urgência” • Elaboração de dossier de artigos sobre a temática para consulta • Compilação de desenhos alusivos aos procedimentos, motivando a equipa ao uso do brincar terapêutico • Reuniões com a enfª tutora e com a professora orientadora para esclarecimento de dúvidas, orientação, reflexão e análise das atividades • Elaboração de uma norma de preparação pré-operatória à criança/família em situação de urgência • Organização de uma caixa com objetos que são utilizados no bloco operatório para a criança em idade escolar manipulável • Elaboração de “Guia de preparação pré-operatória à criança em idade escolar” • Elaboração de um folheto de informação aos pais da criança submetida a cirurgia de urgência • Realização de pesquisa bibliográfica • Reuniões com a enfª tutora e com a professora orientadora para esclarecimento de dúvidas, orientação, reflexão e análise das atividades

Unidade de Saúde Familiar – De 18 a 28 de Fevereiro de 2013

Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Atividades
<p>Desenvolver competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria que permitam prestar cuidados de saúde globais e individualizados</p>	<p>Conhecer a estrutura física, a dinâmica organizacional e a metodologia de trabalho da equipa de enfermagem da Unidade de Saúde no âmbito dos cuidados prestados ao RN/criança/jovem e família</p> <p>Desenvolver a capacidade de comunicação com a criança/jovem e família de acordo com as suas características e etapa de desenvolvimento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reunião com a enfermeira chefe do serviço e enfermeira orientadora de estágio para apresentação do projeto • Realização de visita guiada à Unidade de Saúde Familiar • Consulta de documentos disponíveis no local de estágio (manuais, protocolos, normas, registo de dados) • Observação direta da dinâmica do serviço • Conhecimento da filosofia de cuidados da Unidade de Saúde • Conhecimento dos vários recursos/serviços de apoio da Unidade de Saúde referentes à saúde infantil • Conhecimento das várias atividades do NACJR (Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco) • Reuniões com a Enfª tutora do estágio para esclarecimento de dúvidas e orientação • Realização de pesquisa bibliográfica • Interação com crianças de diferentes idades, comunicando com a criança e jovem de 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 grelha de registo de interações

Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Atividades
<p>Desenvolver competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria que permitam prestar cuidados de saúde globais e individualizados</p>	<p>Promover o crescimento e o desenvolvimento infantil</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de pesquisa bibliográfica • Elaboração de quadro com os diferentes estádios de desenvolvimento e caracterização segundo o desenvolvimento psicossocial, cognitivo e social • Elaboração de quadro com identificação dos medos característicos de cada estágio de desenvolvimento • Participação nas consultas de enfermagem de saúde infantil: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil ➢ Estimular comportamentos promotores de saúde (nutrição, exercício físico, o brincar, gestão de stress, prevenção de consumos nocivos, adoção de medidas de segurança) ➢ Promoção da imunização conforme o Programa Nacional de Vacinação ➢ Promoção da saúde oral ➢ Promoção da prevenção de acidentes e intoxicações ➢ Valorização dos cuidados antecipatórios ➢ Promoção da parentalidade ➢ Detecção precoce e encaminhamento de situações que possam comprometer ou afetar a qualidade de vida da criança/jovem e família • Participação em reuniões relacionadas com a área de saúde infantil • Elaboração de um diário reflexivo (utilizando o ciclo de Gibbs) durante o estágio

**APÊNDICE XI – Pedido de autorização das fotografias ao conselho de
administração do hospital**

Ao Conselho de Administração

Exma^a Sr^a Diretora XXX

Ana Filipa Cantinho Damas, mestranda do 3^o Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, a realizar estágio na Urgência de Pediatria do Hospital XXX, de 7 de Janeiro a 17 de Fevereiro de 2013, autorizado pelo conselho de administração, vem por este meio solicitar que lhe seja permitido tirar fotografias do espaço físico do bloco operatório de urgência, do circuito do utente pediátrico (Urgência de Pediatria - Bloco de Urgência) e do serviço de internamento de cirurgia pediátrica, com a finalidade de organizar um álbum fotográfico no âmbito da realização de um guia orientador de preparação pré-operatória à criança em idade escolar e família.

Com os maiores cumprimentos,

Lisboa, 7 de Dezembro, 2012

APÊNDICE XII – Quadro das características dos diferentes estádios de desenvolvimento

Características dos diferentes estádios de desenvolvimento

PSICOSEXUAL (FREUD)	PSICOSSOCIAL (ERIKSON)	COGNITIVA (PIAGET)	JULGAMENTO MORAL (KOHLEBERG)	ESPIRITUAL (FOWLER)	ESTÁDIO DE DESENVOLVIMENTO
I - LACTÂNCIA - DO NASCIMENTO A 1 ANO					
✓ Oral	✓ Confiança vs desconfiança	✓ Sensório-motor (nascimento a 2 anos)		✓ Indiferente	✓ É um período de desenvolvimento motor, cognitivo e social rápido. Com reciprocidade com seu cuidador (pais), o bebê estabelece uma confiança básica no mundo e os fundamentos para relações interpessoais futuras. O período crítico, no primeiro mês de vida, apesar de ser parte da lactância, muitas vezes diferencia-se do restante devido aos importantes ajustes físicos à vida extra-uterina e à adaptação psicológica dos pais.
II - FASE DOS INFANTES (TODDLER) - ENTRE 1 E 3 ANOS					
✓ Anal	✓ Autonomia vs vergonha e dúvida	Pensamento pré-operacional, fase pré-conceitual (raciocínio transdutor (2 a 4 anos))	✓ Nível pré-convencional (pré-moral) ✓ Orientação no sentido de obediência e punição	✓ Intuitivo-projectivo	✓ Este período, que se estende a partir do momento em que as crianças conseguem caminhar de forma erecta até à sua entrada na escola, caracteriza-se como sendo de actividade e descobertas intensas. É um período de desenvolvimento físico e da personalidade nítidos. Os avanços evolutivos motores continuam gradativamente. As crianças nesta idade adquirem linguagem e maiores relações sociais, aprendem os papéis padrões, adquirem autocontrolo e precisão de movimentos, desenvolvem uma percepção crescente de dependência e independência e começam a desenvolver o seu autoconceito.
III - PRIMEIRA INFÂNCIA - ENTRE 3 E 6 ANOS					
✓ Fálico	✓ Iniciativa vs culpa	✓ Pensamento pré-operacional, fase intuitiva (raciocínio transdutor) (4 a 7 anos)	✓ Nível pré-convencional (pré-moral) ✓ Orientação instrumental inocente	✓ Mítico-literar	
IV - INFÂNCIA MÉDIA - 6 A 12 ANOS					
✓ Latência	✓ Diligência vs inferioridade	✓ Operações concretas (raciocínio indutivo e lógico) (7 a 11 anos)	✓ Nível convencional ✓ Orientação para ser um bom menino ou uma boa menina ✓ Orientação para a lei e ordem	✓ Sintético-convencional	✓ Frequentemente chamada de <i>idade escolar</i> , este período de desenvolvimento é um momento em que a criança se dirige para fora do grupo familiar e se concentra no mundo mais amplo de relações com seus colegas. Existe um avanço gradativo no desenvolvimento físico, mental e social, com ênfase no desenvolvimento moral precoce assumem mais importância com relevância para os estádios posteriores da vida. Este é um período crítico no desenvolvimento do autoconceito.
V - ADOLESCÊNCIA - 12 A 18 ANOS					
✓ Genital	✓ Identidade vs confusão de papel	✓ Operações formais (raciocínio dedutivo e abstracto) (11-15 anos)	✓ Pós-convencional ou nível de princípios ✓ Orientação para o contrato social	✓ Individualização-reflexivo	✓ Período agitado de amadurecimento rápido. É considerado um período de transição que começa no início da puberdade e se estende até o início da entrada na vida adulta, em geral quando conclui o ensino médio. O amadurecimento biológico e da personalidade vêm acompanhados por uma agitação física e emocional, e ocorre a definição do autoconceito. No período final da adolescência, a pessoa jovem começa a interiorizar todos os valores previamente aprendidos e a concentrar-se na identidade individual e não do grupo.

APÊNDICE XIII – Quadro dos medos conforme as etapas de desenvolvimento

Medos conforme as etapas de desenvolvimento

Idades Aproximadas	Medos conforme as etapas de desenvolvimento	Intervenções de enfermagem apropriadas
Lactente – 2 anos	Separação	Utilizar voz suave; cantar, segurar a criança, oferecer brinquedos à criança ao segurá-la para proporcionar distrações. Não tocar na criança no primeiro contacto; Permitir a presença de brinquedos e/ou objeto pessoal para promoção do conforto/segurança
Infante ou Toddler	Separação Dependência forçada	Fornecer apenas escolhas simples; envolver a criança em ações quando possível; usar distrações, cantar canções que a criança possa reconhecer; Permitir objetos pessoais para promoção do conforto/segurança
Início da infância, pré-escolar	Separação Mutilação do corpo	Usar histórias nos procedimentos; Permitir que a criança manuseie objetos desconhecidos para diminuir o stress (por ex.: máscara, oxímetro); Permitir objetos pessoais para promoção do conforto/segurança
Metade da infância, idade escolar (7-11 anos)	O desconhecido Mutilação do corpo Desempenho inadequado	Fornecer informações simples para diminuir o stress; ser honesto; Não esperar que a criança reaja como um adulto. Permitir objetos pessoais para conforto/segurança
Adolescência	Imagem corporal alterada Morte	Questionar a respeito das suas preocupações; Fornecer informações para diminuir os medos; Fornecer a maior privacidade possível quando a remoção da roupa é necessária. Utilizar imagem mental para diminuir o stress; Oferecer-se para segurar a mão para proporcionar conforto; Permitir objeto pessoal

Adaptado: Stow, J. (2008). Cirurgia Pediátrica. In J. C. Rothrock. (Coord). *Alexander. Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico*. (13ª ed.). Loures: Lusodidacta.

APÊNDICE XIV – Tipologia de indicadores de adaptação positiva e tipologia de problemas de adaptação de recorrência comum

MODO ADAPTATIVO		Tipologia de indicadores de adaptação positiva	Tipologia de problemas de adaptação de recorrência comum
Fisiológico	Oxigenação	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Processos estáveis de ventilação ✓ Padrão estável de trocas gasosas ✓ Transporte de gases adequados ✓ Processo de compensação adequados 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hipoxia/choque ✓ Diminuição ventilatória ✓ Trocas gasosas inadequadas ✓ Transporte de gases inadequado ✓ Perfusão alterada dos tecidos ✓ Fraco recrutamento dos processos compensatórios para a necessidade de troca de oxigênio
	Nutrição	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Processos digestivos estáveis ✓ Padrões nutricionais adequados para as alteradas necessidades do corpo ✓ Satisfação das necessidades metabólicas e de outras necessidades nutritivas durante meios alterados de digestão 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Peso 20/25% acima/abaixo da média ✓ Nutrição maior/menor do que os requisitos do corpo ✓ Anorexia ✓ Náusea e vômitos ✓ Estratégias de resistência ineficazes para os meios de digestão alterados
	Eliminação	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Processos homeostáticos intestinais efetivos ✓ Padrão estável de eliminação intestinal ✓ Processo efetivo de formação de urina ✓ Padrão estável de eliminação urinária ✓ Estratégias de resistência efetiva aquando da eliminação alterada 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diarreia ✓ Incontinência intestinos/bexiga ✓ Obstipação ✓ Retenção urinária ✓ Flatulência ✓ Estratégias de resistência ineficazes para a eliminação alterada
	Atividade e repouso	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Processo integrado de mobilidade ✓ Recrutamento adequado de processos de movimento compensatório ✓ Padrão efetivo da atividade e repouso ✓ Padrão de sono efetivo ✓ Mudanças ambientais efetivas aquando de condições de sono alteradas 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Padrão inadequado de atividade e repouso ✓ Mobilidade restrita, porte e/ou coordenação ✓ Intolerância da atividade ✓ Imobilidade ✓ Consequências involuntares ✓ Potencial para fadiga devida a perturbação dos padrões do sono ✓ Privação do sono
	Proteção	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pele intacta ✓ Processo efetivo de imunidade ✓ Resposta curativa efetiva 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Destruição da integridade da pele ✓ Feridas de pressão ✓ Prurido

Fisiológico	Necessidades básicas		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Atraso na cura de uma ferida ✓ Potencial para uma resistência ineficaz com reacção alérgica ✓ Ineficácia em lidar com as mudanças do estatuto imunitário
Sentidos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Protecção secundária adequada aquando de mudanças na integridade da pele e no estatuto imunológico ✓ Processos efetivos de sensação ✓ Integração sensorial de entradas de informação efetivas ✓ Padrões de percepção estáveis, ex: interpretação e apreciação da entrada ✓ Estratégias de resistência aquando de sensações alteradas 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diminuição do potencial do sentido primário ✓ Potencial para feridas/perdas das capacidades de cuidados pessoais ✓ Potencial para comunicação defeituosa ✓ Estigma ✓ Monotonia sensorial/defeituosa ✓ Sobrecarga sensorial/privação ✓ Dor aguda ✓ Dor crónica ✓ Diminuição perceptiva ✓ Estratégias de resistência ineficazes para a diminuição sensorial 	
Fluido e electrólitos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Processo estável de equilíbrio de água ✓ Estabilidade do sal nos fluidos do corpo ✓ Equilíbrio do estatuto ácido/base ✓ Regulação efetiva do tampão químico 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Desidratação ✓ Edema ✓ Retenção intracelular de água ✓ Choque ✓ Hiper ou hipo calcemia, calemia ou natrémia ✓ Desiquilíbrio ácido/base ✓ Regulação ineficaz do tampão para a mudança do pH 	
Função neurológica	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Processos efetivos do despertar/atenção; sensação/percepção; codificação de formação conceptual, memória, linguagem; planificação, resposta motora ✓ Pensamento integrado e processo de sentir ✓ Plasticidade e eficácia funcional do desenvolvimento, envelhecimento e sistema nervoso alterado 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diminuição do nível de consciência ✓ Processamento cognitivo defeituoso ✓ Défices de memória ✓ Instabilidade do comportamento e da disposição anímica ✓ Compensação ineficaz para o défice cognitivo ✓ Potencial para danos cerebrais secundários 	
Função endócrina	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Regulação efetiva dos processos metabólicos e corporais efetivos ✓ Regulação hormonal do desenvolvimento reprodutivo efetivo ✓ Padrões estáveis de junções próximas de respostas negativas de sistemas hormonais ✓ Padrões estáveis de ritmos hormonais cíclicos ✓ Estratégias efectivas de combate ao stress 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Regulação hormonal ineficaz reflectida em fadiga ✓ Irritabilidade, intolerância em relação ao calor ✓ Desenvolvimento reprodutivo ineficaz ✓ Instabilidade do sistema de junção hormonal ✓ Instabilidade do sistema interno de ritmos cíclicos ✓ Stress 	

Autoconceito	Eu físico	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Imagem positiva do corpo ✓ Função sexual efetiva ✓ Integridade física com o crescimento físico ✓ Compensações adequadas aquando de mudanças corporais ✓ Estratégias de resistência para uma perda ✓ Processo efetivo de encerramento contínuo da vida 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Perturbação da linguagem corporal ✓ Disfunção sexual ✓ Síndrome do trauma da violação ✓ Perda
	Eu pessoal	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Padrão estável de autoconsistência ✓ Integração efetiva do eu ideal ✓ Processos efetivos de crescimento moral, ético e espiritual ✓ Auto-estima funcional ✓ Estratégias efetivas de resistência para ameaças ao eu 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Andiedade ✓ Enfraquecimento ✓ Culpa ✓ Fraca auto-estima
Função na vida real		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Processo efetivo do papel de transição ✓ Integração de comportamentos relacionados com papéis expressivos e instrumentais ✓ Integração de papéis primários, secundários e terciários ✓ Padrão estável de domínio do papel ✓ Processo efetivo para lidar com as mudanças de papéis 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Papel de transição ✓ Papel de distanciamento ✓ Papel de conflito ✓ Papel de fracasso
	Interdependência	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Padrão estável de dor e receber criação ✓ Adequação afetiva ✓ Padrão efetivo da solidão e relação ✓ Estratégias de resistência efetivas para a separação e solidão 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Padrão ineficaz de dar e receber educação ✓ Padrão ineficaz de solidão e relação ✓ Ansiedade provocada pela separação ✓ Solidão

Adaptado: Roy, C. & Andrews, H. A. (2001). *Teoria da Enfermagem. O Modelo de Adaptação de Roy*. Lisboa: Instituto Piaget.

**Anexo I – Declaração da formação e folheto informativo sobre o “Brincar
Terapêutico”**



DECLARAÇÃO

Declara-se que Ana Filipa Cantinho James
esteve presente na Sessão “*Direitos da Criança Hospitalizada*” que se realizou no
dia 29 de Novembro de 2012, às 16h30, organizado pelo Sector da Humanização dos
Serviços de Atendimento à Criança do Instituto de Apoio à Criança – Lisboa.

A COORDENADORA DO SECTOR DA HUMANIZAÇÃO

(Dra. Leonor Santos)

Lisboa, 29 de Novembro de 2012

Kit Dói Que Não Dói

Facilitar a comunicação/expressão



Familiarizar

Tranquilizar

Informar

HUMANIZAR

Alguns materiais...

- Personagens Playmobil® para manipulação, representando diferentes áreas (internamento, consulta, sala de operações, etc.);
- Material médico real (máscara, estetoscópio, material de indução de soro, seringas, cateter, garrote, luvas, etc.);
- Bonecos com vários órgãos para explicação das diferentes patologias;
- Bonecos a representar patologias específicas (ex: oncologia – boneco careca, ortopedia – boneco com gesso, cirurgia – boneco para retirar amígdalas, etc.).



Parceiros



Montepio

Considerando que o internamento e as diferentes manobras invasivas constituem fontes de angústia e ansiedade, tem sido nossa preocupação desenvolver **materiais adaptados às crianças**, com o objetivo de minorar o medo e a dor. Estes suportes facilitam igualmente a comunicação do profissional com a criança e os pais.

Contactos

Telefone:

+351 21 361 78 80 (Sede)

+351 21 380 73 00 (Sector HSAC)

Telemóvel:

+351 91 777 59 47

E-Mail:

iac-sede@iacrianca.pt

iac-humanizacao@iacrianca.pt

www.iacrianca.pt

Facebook: Grupo "IAC - Humanização"



Brincar

Terapêutico

Porquê Brincar no Hospital?

Na situação de internamento, para além de um acolhimento caloroso, a atividade lúdica ajuda a criança a desdramatizar a situação assegurando a qualidade do suporte através da brincadeira. Fornece novos pontos de referência através da manipulação de objetos lúdicos diretamente ligados ao mundo hospitalar e às emoções que aí são mal vividas.

A atividade lúdica presta também informações estruturadas das diferentes intervenções a que a criança está sujeita, respeitando o ritmo de assimilação da informação e autorizando a repetição necessária.

O jogo simbólico permite ainda à criança exprimir as suas emoções, mostrar o que compreendeu e senti-lo e, assim, em última análise, possibilita a adaptação das práticas clínicas.



O internamento é vivido pela criança como uma experiência significativa, durante a qual ela vai aprender a conhecer o meio hospitalar: os lugares, os cheiros, os sabores, o ritmo de vida, as pessoas desconhecidas, os objetos desconhecidos, as máquinas, etc.

Kit Dói que Não Dói

O brincar como suporte de informação visual consiste na utilização de objetos lúdicos, como um conjunto de bonecos da Playmobil, que representam várias situações da vivência hospitalar (ortopedia, internamento, anestesia, cirurgia, etc.)

O que se pretende com este material lúdico é representar uma patologia, um tratamento ou um exame. Este materiais apoiam e facilitam a compreensão das explicações orais dadas pela equipa de saúde; aumentam o conhecimento da criança e dos pais bem como as abordagens sensoriais: a criança pode ver, tocar, manusear, cheirar (e não apenas ouvir). Concretamente, tranquilizam e fazem referência ao momento do tratamento: "Agora, vou dar-te o pré-anestésico, como tu deste à boneca agora mesmo...".



É importante desenvolver um Espírito de Brincar no seio da instituição hospitalar de forma global. Por espírito de brincar, entende-se que toda a equipa do hospital consiga considerar o brincar como uma necessidade vital da criança, uma fonte de prazer que favorece a expressão pessoal. Na instituição, é necessário que o brincar faça parte integrante da terapêutica e do ambiente geral.

O que pretendemos com o Kit "Dói que não dói"?

- Disponibilizar material lúdico que pode ser adaptado aos diferentes procedimentos pelos quais a criança passa, com o objetivo de informá-la e prepará-la de forma mais adequada à sua idade e compreensão;
- Sensibilizar os profissionais para a utilização de abordagens lúdicas no controlo da Dor na Criança.
- Reforçar o papel da família enquanto parceiro na prestação de cuidados de saúde.

BRINCAR TERAPÊUTICO