

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

Relatório de Estágio

**Preparação da Criança e Família para a cirurgia
programada: o cuidado de enfermagem rumo à
satisfação do cliente**

Sandra Leonor Patrício Ferreira

Lisboa

2017



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

Relatório de Estágio

**Preparação da Criança e Família para a cirurgia
programada: o cuidado de enfermagem rumo à
satisfação do cliente**

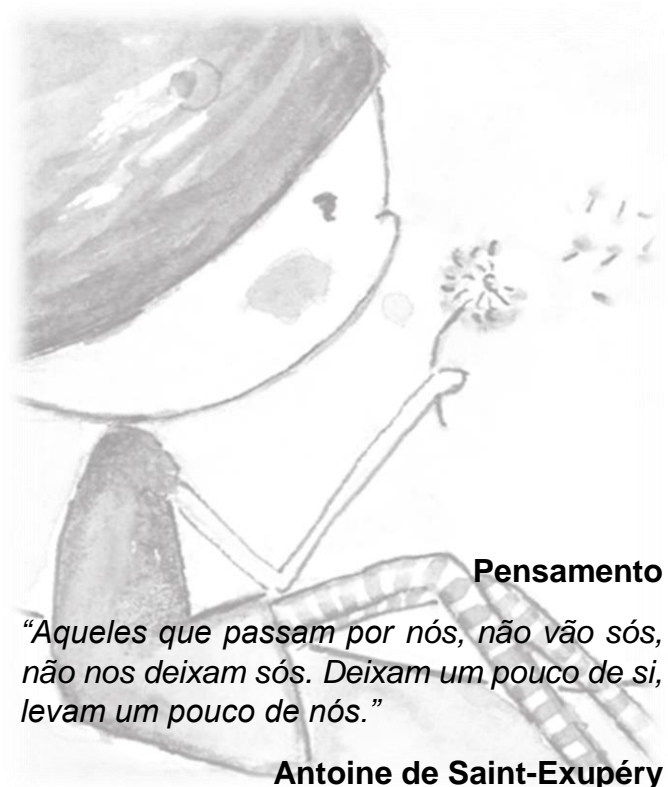
Sandra Leonor Patrício Ferreira

Orientador: Prof^a. Maria Filomena Sousa

Lisboa

2017





Pensamento

“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.”

Antoine de Saint-Exupéry

SIGLAS

AMP – Atendimento Médico Permanente

CCF – Cuidado Centrado na Família

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção-Geral da Saúde

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

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ICN – International Council of Nurses

MCEESIP – Mesa do Colégio de Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

ORL – Otorrinolaringologia

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

QeS – Qualidade em Saúde

QRCIQPE – Quadro de referência para a construção de indicadores de qualidade e produtividade na enfermagem

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RCCEE – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

RCEEESCJ – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

RPQCEESCJ – Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

AGRADECIMENTOS

À Sra. Professora Maria Filomena Sousa, pela orientação prestada, conhecimentos e experiência partilhados e sobretudo pela sua disponibilidade.

À minha Família, em especial ao meu marido e ao meu filho pelas ausências, compreensão, tolerância e ajuda ao longo deste percurso.

À Sra. Enf^a Ana Gabriel Lopes, responsável de serviço onde exerço funções, que me estimulou e encorajou a dar o meu melhor. Agradeço toda a sensibilidade e compreensão.

Às minhas amigas de curso Cláudia e Patricia e aos meus colegas de trabalho, pelas vicissitudes que viveram comigo. Agradeço a compreensão e estímulo.

Aos enfermeiros que me acompanharam nos diferentes locais de estágio, pela sua disponibilidade.

Às crianças de quem cuido, pelas aprendizagens proporcionadas e a todos os que contribuíram de alguma forma para a construção deste percurso... Muito Obrigado!

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	8
1. PROBLEMÁTICA	11
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	13
2.1. Da arte de cuidar à filosofia dos cuidados de enfermagem pediátricos	13
2.2. Cuidar na transição - Modelo teórico de Afaf Meleis	16
2.3. Preparação da criança e família para a cirurgia programada	18
2.4. Qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação do cliente	24
3. PERCURSO FORMATIVO RUMO À AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	27
3.1. Estágio no Serviço de Internamento e Ambulatório de Pediatria	29
3.2. Estágio na Consulta de enfermagem de preparação da criança para a cirurgia.....	36
3.3. Estágio na Unidade de Cuidados de Saúde Primários	42
3.4. Estágio na Unidade de Cuidados Especiais Neonatais	48
3.5. Estágio no Atendimento Médico Permanente de Pediatria.....	52
4. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	56
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
APÊNDICES.....	70
APÊNDICE 1 – Esquema representativo da teoria das transições	
APÊNDICE 2 – Cronograma de Estágio	
APÊNDICE 3 – Procedimento para a “Administração de Sacarose a 24% ou Glicose a 30% via oral associada à sucção não nutritiva na criança com menos de 6 meses de idade como medida de controlo da dor”	
APÊNDICE 4 – Caracterização do atual atendimento da criança em situação de cirúrgica	
APÊNDICE 5 – Fluxograma do circuito de atendimento da criança no âmbito da cirurgia programada	
APÊNDICE 6 – Indicadores e Ganhos em Saúde Sensíveis aos cuidados de Enfermagem na Consulta de Preparação da Criança e Família para a Cirurgia	
APÊNDICE 7 – Layout para registos “consulta de enfermagem na preparação da criança e família para a cirurgia programada”	
APÊNDICE 8 – Aspetos do desenvolvimento da criança	
APÊNDICE 9 – Idades Ótimas para cirurgias	
APÊNDICE 10 – Medos Comuns na criança de acordo com o estágio de desenvolvimento	
APÊNDICE 11 – Estratégias de luta contra o medo	
APÊNDICE 12 – Diretrizes e técnicas para comunicar com a criança	
APÊNDICE 13 – Orientações para a realização da colheita da história de dor da criança	
APÊNDICE 14 – Recursos Fotográficos	
APÊNDICE 15 – Silhuetas “O Corpo Humano”	
APÊNDICE 16 – Folheto informativo: “O meu filho vai ser operado – Guia de Acolhimento para a Criança e Família”	
APÊNDICE 17 – Folheto Informativo: “Vou Ser Operado – Informações para a Criança e Família”	
APÊNDICE 18 – Folheto Informativo: “O Meu Filho vai ser Operado – Orientações para ajudar a diminuir o medo da cirurgia”	
APÊNDICE 19 – PROCEDIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM - Consulta de Enfermagem de Preparação da Criança e Família para a Cirurgia Programada	

RESUMO

O cuidado de enfermagem de qualidade em saúde infantil e pediátrica exige que o enfermeiro seja competente na identificação dos problemas de saúde da criança e família e na implementação de intervenções de acordo com a sua situação de saúde, idade, desenvolvimento e cultura. Os enfermeiros terão que ser capazes de prestar cuidados não traumáticos, centrados na família e seguindo uma lógica de parceria de modo a que contribuam para minimizar os stressores provocados pelas situações de transição, perseguindo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e satisfação do cliente.

O internamento motivado por necessidade de uma cirurgia poderá representar, para a criança e família, uma experiência traumática e afetar negativamente as suas vidas com sequências a curto e longo prazo. Ao enfermeiro cabe compreender os processos transacionais decorrentes desta situação, reconhecer e desenvolver estratégias facilitadoras da vivência saudável destas transições.

A preparação para o internamento e cirurgia, de modo a dar resposta às necessidades da criança e família, perspetivando uma continuidade do papel parental, no qual se desenvolva um processo de interação participativa para que a tomada de decisão de cuidados de enfermagem vá ao encontro ao processo de adaptação à doença, é facilitador da transição saudável.

Este relatório descreve o percurso formativo realizado em cinco contextos de estágio diferentes. Faz a análise reflexiva das experiências vividas e das atividades que contribuíram para concretizar os objetivos propostos com vista à aquisição de competências de EEESCJ. Ao longo do estágio procurei desenvolver uma proposta de consulta de enfermagem com a finalidade de preparar a criança e família para o internamento e cirurgia programada visado a satisfação do cliente.

Palavras-chave: Criança, pré-operatórios, cirurgia, cuidados de enfermagem, satisfação do cliente.

ABSTRAT

The quality of nursing care in child health and pediatric requires nurses to be competent in identifying the child's health problems and family and implementation of interventions according to their health status, age, development and culture. Nurses have to be able to provide non-traumatic care, family-centered and following a logic of partnership so that will help minimize the stressors caused by transition situations, pursuing continuous improvement of quality of care and customer satisfaction.

Internment motivated by the need for surgery may represent a traumatic experience for the child and family and negatively affect their lives with short and long term consequences. To the nurse it fits understand the transactional processes resulting from this situation, recognize and develop strategies that facilitate the healthy living of these transitions.

The preparation for hospitalization and surgery, so as to meet the needs of the child and family, prospecting a continuity of parental role, in which a process of participatory interaction is developed for what nursing care decision making meet the process of adaptation to disease, is a facilitator of healthy transition.

This report describes the training course conducted in five different stage contexts. It makes a reflexive analysis of the lived experiences and the activities that contributed to achieve the proposed objectives for the acquisition of EEESCJ competences. Throughout the stage I tried to develop a proposal of nursing consultation with the purpose of preparing the child and family for hospitalization and scheduled surgery aimed at customer satisfaction.

Keywords: Child, pre-operative, surgery, nursing care, customer satisfaction

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do meu percurso formativo como enfermeira, durante a frequência do 6º 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 tem como finalidade, dar a conhecer as experiências vivenciadas em Estágio e que contribuíram para efetivar aprendizagens, que conduziram à aquisição e desenvolvimento de saberes e competências científicas, técnicas e humanas de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (EEESIP). Competências estas, que são essenciais para a prestação do cuidado especializado à criança, ao jovem e sua família.

Perseguindo a excelência do exercício profissional de enfermagem e procurando o caminho que me permitisse dar resposta aos problemas de saúde da criança/jovem relacionados com a cirurgia procurei aprofundar a temática **“Preparação da Criança e Família para a cirurgia programada: o cuidado de enfermagem rumo à satisfação do cliente”**.

O interesse pela preparação da criança para a cirurgia surgiu como uma oportunidade de melhoria dos cuidados de enfermagem, uma vez que no meu desempenho profissional presto cuidados de enfermagem a crianças que foram submetidas a cirurgia sem que tenham tido qualquer preparação pré-operatória.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, a hospitalização e a cirurgia da criança/família são potenciadores de ansiedade e exacerbadores de medos, podendo estas experiências terem efeitos psicológicos na criança, que perduram e afetam negativamente a sua vida (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

No sentido de minimizar o impacto do *stress* da criança hospitalizada e família a intervenção de enfermagem deve focar-se na ajuda da adaptação aos processos de transição, na promoção de estratégias e auto regulação como forma de promover a capacitação para lidar com os fatores de risco e com as mudanças provocadas pelas situações de saúde-doença (Meleis *et al*, 2000).

Uma das intervenções do enfermeiro que permite a diminuição dos efeitos da hospitalização e da cirurgia é a preparação para a mesma. A preparação para a hospitalização e para a cirurgia proporciona à criança e família a aquisição de competências para lidar ou enfrentar a situação desconhecida e afigura-se como a

melhor forma/momento/altura de diminuir a ansiedade (OE, 2011a), favorecendo a adaptação às transições normativas ou acidentais, e que promovem o bem-estar (OE, 2011b).

Sendo a criança um ser em crescimento e desenvolvimento, apresenta-se imperativo a análise sobre os processos transacionais em curso na sua vida. Para o desenvolvimento de um cuidado de enfermagem sustentado e que permita a mestria na intervenção de enfermagem, centrada no processo de transição, aprofundei conhecimentos da *Teoria de Médio Alcance* de Afaf Meleis. O estudo aprofundado desta teoria permitiu-me compreender os processos de transição pelo qual passam a criança e família no seu desenvolvimento normal e durante o internamento para cirurgia.

Pelo fato de o estado de saúde da criança afetar não só esta mas toda a família, todas as crianças hospitalizadas e a família precisam de cuidados sensíveis e competentes que minimizem os potenciais efeitos negativos da hospitalização e promovam os benefícios positivos desta experiência (Sanders in Hockenberry & Wilson, 2014). Nesta perspetiva, a família é também alvo dos cuidados de enfermagem, cuidados que devem ser centrados na família, precisam ser negociados e prestados de acordo com as capacidades e desejo de participação da família/pais.

A parceria de cuidados assenta na premissa que os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança, e como tal, mesmo em situação de internamento eles devem participar nos cuidados aos filhos.

Cuidar em pediatria implica prestar cuidados não traumáticos. Estes têm como princípio o cuidado terapêutico que respeita a criança e família e procura minimizar o seu sofrimento físico e emocional (Hockenberry & Wilson, 2014).

Perspetivando o desenvolvimento de competências de enfermeira EESIP, numa lógica integradora de saberes, foram definidos os seguintes objetivos gerais para este percurso de formação:

- Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem aos três níveis de prevenção;
- Desenvolver competências de enfermeiro especialista na preparação da criança e família para a cirurgia programada;

No decorrer do estágio, na prática de cuidados, orientei-me pelos princípios da filosofia dos cuidados pediátricos, pelos direitos da criança e pelos direitos da criança hospitalizada tendo sempre como pano de fundo os princípios éticos e deontológicos

da profissão de enfermagem. A leitura dos Orientadores de Boas Práticas em Enfermagem da OE, do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros e do Código Deontológico da Profissão de Enfermagem serviu de base de sustentação para o exercício reflexivo da prática quer em ação quer na elaboração deste relatório.

O trabalho que desenvolvi ao longo do estágio nos diferentes contextos permitiu-me o desenvolvimento e aquisição de competências de EEESCJ para cuidar da criança e família com diferentes situações de saúde, nomeadamente na preparação para a cirurgia, de forma sistemática, usando as ferramentas adequadas a uma intervenção de enfermagem terapêutica, promotora de uma transição de saúde-doença saudável e não traumática. É deste meu percurso que dou conta neste relatório.

A metodologia utilizada na elaboração deste relatório foi a análise reflexiva procurando de um modo sistematizado dar conta das aprendizagens realizadas e das competências desenvolvidas. O relatório encontra-se organizado em cinco capítulos:

No primeiro capítulo é exposta a problemática que estimulou o meu percurso formativo. No segundo capítulo é apresentado o enquadramento conceptual mobilizando estudos e teorias de acordo com bibliografia que considerei pertinente. No terceiro capítulo exponho o percurso formativo realizado nos diferentes locais de estágio com base na análise e síntese reflexiva das atividades realizadas e nas competências adquiridas que contribuíram para a construção da consulta de enfermagem. No quarto capítulo fiz algumas considerações finais onde dou conta das limitações e as perspetivas futuras tendo em conta as vivências e situações experienciadas. No quinto capítulo fiz referência à bibliografia utilizada em todo o percurso de formação. Em apêndice apresento os documentos que considerei pertinentes para compreensão do percurso formativo.

O acesso à produção científica existente subjacente à temática de interesse foi feita com base num conjunto de palavras-chave identificadas, e foi realizada através de procura nos motores de busca *EBSCOhost*, pelo acesso *online* da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, selecionando as bases de dados “*CINAHL Plus® with full text*” e “*Medline with full text*”.

1. PROBLEMÁTICA

O conceito de pessoa/cliente é especificado no RPQCEESCJ sob o binómio criança/família, pois a criança é dependente dos cuidados da família, como forma de suprimir as suas necessidades com vista ao seu crescimento e desenvolvimento adequado (OE, 2011b). No que se relaciona com a saúde, a família constitui-se como parte integrante do sistema terapêutico e assume a maioria das responsabilidades relativamente ao seu processo de saúde, ainda que à criança seja reconhecido respeito pela sua individualidade.

Segundo o RPQCEESCJ, constituem-se elementos importantes do domínio de atuação dos cuidados, o respeito pela informação existente através da avaliação da estrutura e contexto do sistema familiar; o respeito pelas crenças e cultura, a procura constante da empatia no estabelecimento de uma comunicação com a criança utilizando técnicas apropriadas à idade, estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis, o estabelecimento de uma parceria com vista ao envolvimento, participação nos cuidados, capacitação e negociação, a concretização de atividades que visem minimizar o impacto negativo de fatores stressores e a facilitação de uma comunicação expressiva de emoções (OE, 2011b).

Faz parte do cuidado especializado em pediatria, a concretização de cuidados que visem minimizar o impacto dos fatores stressores relacionados com as transições de saúde-doença que ocorram no sistema familiar e no percurso de desenvolvimento da criança. Deste modo, a aposta num programa para consulta de enfermagem de preparação da criança e família para a cirurgia programada, é fundamental à luz dos modelos de intervenção de parceria de cuidados e cuidados não traumáticos

No local onde presto cuidados de enfermagem as crianças submetidas a cirurgia ou a família não são objeto de preparação. A atividade cirúrgica na população em idade pediátrica mostra-se relevante, tendo-se confirmando um total de 225 cirurgias agendadas no primeiro trimestre de 2015, apresentando-se importante o planeamento e implementação sistemática de uma consulta de enfermagem de preparação da criança e família para cirurgia programada neste contexto assistencial.

A literatura diz-nos que as crianças que não são preparadas para a cirurgia, e hospitalização a que esta obriga, apresentam ansiedade no peri-operatório. Estima-se que aproximadamente 50-70% das crianças não preparadas e que vão ser alvo de uma cirurgia apresentam grande ansiedade antes do procedimento. Estas crianças

estão suscetíveis a ter um acordar pós-anestésico agitado e comportamentos negativos no pós-operatório, como pesadelos, choro, agressividade para com os pais e enfermeiros, ansiedade da separação, birras e distúrbios alimentares, (Kain *et al.*, 1999, Kain *et al.*, 2001, in Fincher, Shae & Ramelet, 2012). Este mesmo trabalho mostra que 67% das crianças (não preparadas) apresentavam problemas comportamentais negativos no primeiro dia após a cirurgia podendo estes persistir até seis meses em 20% das crianças.

A evidência científica mostra que, um programa de preparação da criança e família para a cirurgia, reduz significativamente a ansiedade, ajuda a controlar as emoções e facilita a gestão da dor da criança no peri-operatório.

A ansiedade tem uma forte correlação com a dor, pelo que as crianças mais ansiosas experienciam mais dor no pós-operatório. Os estudos de Kain *et al.*, 2006, Fortier *et al.*, 2010b in Fincher, Shae & Ramelet, (2012), referem que todas as crianças que receberam informações específicas sobre técnicas para alívio da dor, manifestaram dor de menor intensidade no pós-operatório.

Vários fatores estão associados a uma maior incidência de alterações comportamentais, tais como a idade da criança, a sua personalidade e impulsividade, experiências hospitalares e cirúrgicas anteriores, e ainda a ansiedade dos pais. A ansiedade dos pais é um fator que influencia e determina a ansiedade da criança, que vai ser submetida a cirurgia. Para minimizar a ansiedade dos pais é importante envolvê-los ativamente na preparação da criança para a cirurgia (Yuki & Daaboul, 2011; Fortier *et al.*, 2010; Li & Lopez, 2008; Kain *et al.*, 1998; Watson & Visram, 2003, in Fincher, Shae & Ramelet, 2012).

É responsabilidade do EEESIP intervir a favor do maior interesse da criança defendendo os direitos que salvaguardam a necessidade de proteção e cuidados especiais face à sua inerente vulnerabilidade, imaturidade física e intelectual, desenvolvendo uma série de medidas que a protegem. Os enfermeiros assumem posição privilegiada para intervir no sentido de minimizar o medo e a ansiedade relacionados com a cirurgia, utilizando estratégias facilitadoras do processo de adaptação à situação e promoção saudável destas transições.

Pelos benefícios cientificamente comprovados, que a preparação pré-operatória tem para a criança e família, mostra-se impreterível a implementação sistemática deste cuidado a todas as crianças que irão ser submetidas a cirurgia, de acordo com a idade, desenvolvimento e cultura.

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

2.1. Da arte de cuidar à filosofia dos cuidados de enfermagem pediátricos

Ao longo dos tempos a enfermagem como ciência sofreu alterações em consequência da sua adaptação às ideias e valores predominantes em determinada época, conduzindo a diferentes modelos. Contudo, os diferentes modelos de enfermagem, com características que lhe são próprias, têm aspetos em comum.

O cuidar em enfermagem pressupõe todas as ações que se constroem sobre a interação enfermeiro-cliente, com a intenção de contribuir para o bem-estar e diminuir o sofrimento. Hesbeen (2000) refere-se ao cuidar, como uma atenção especial que se pode facultar a outra pessoa, com o intuito de contribuir para a sua saúde e bem-estar.

Para Watson (2005) o cuidar não pode permanecer desligado e indiferente aos sentimentos e às emoções humanas, constituindo-se como um meio de comunicação e manifestação de sentimentos humanos de quem cuida e de quem é cuidado.

O cuidar implica ações técnicas e envolvimento emocional. A dimensão emocional do Cuidar, na conceção de Collière (2003), incorpora competências científicas, humanísticas, éticas e técnicas. Esta conceção do cuidar oferece e abre caminho para múltiplas dimensões dos cuidados, de tal modo que, aprender a perceber emoções e sentimentos constitui-se uma fonte infinita de saberes na prática de enfermagem.

Em todos os modelos os conceitos de **pessoa, saúde, ambiente e cuidados de enfermagem** são centrais. Estes conceitos, metaparadigmas de enfermagem, são definidos pela OE (2001), quando nos fala sobre o exercício profissional dos enfermeiros. De acordo com a OE (2001)

A **pessoa** é um ser social e agente intencional de comportamentos, única, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se. Os comportamentos da pessoa são influenciados pela interação com o ambiente onde vive e se desenvolve. A pessoa é um ser uno e indivisível e as funções fisiológicas também interferem na procura do melhor equilíbrio e são influenciadas retroativamente pelo bem-estar e conforto físico.

A **Saúde** é um estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, subjetiva e não oponível ao conceito de doença. É um processo dinâmico e contínuo da procura individual do estado de equilíbrio que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural.

O **ambiente** no qual as pessoas vivem e se desenvolvem é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam o estilo

de vida e que se repercutem na saúde da pessoa, numa complexa interdependência pessoa/ambiente.

Os cuidados de enfermagem centram-se na relação terapêutica e de parceria que se estabelece com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel, que tem por objetivo ajudar o cliente a ser proativo na consecução do seu projeto de saúde.

O cuidar em enfermagem implica dominar conhecimentos e possuir competências de vária ordem, que permitam compreender e agir de acordo com as especificidades do cliente.

O cuidar autónomo dos enfermeiros é orientado numa abordagem sistémica e sistemática das necessidades de cuidados e visam a satisfação da pessoa cuidada, a promoção da saúde e a prevenção de complicações, a maximização do bem-estar, do autocuidado e da readaptação funcional. A organização dos cuidados de enfermagem integra um quadro de referência para o exercício profissional, incorpora os resultados da investigação na sua prática e reflete uma intenção de procura de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2001).

A sociedade nem sempre viu a criança como um ser especial e único, dotado de potencialidades e por muito tempo a tratou como um adulto em miniatura. Foi na Assembleia Geral das Nações Unidas, de 1989, que foi aprovada a Convenção dos Direitos da Criança. Nos termos do Artigo 1 da presente Convenção, criança é todo o ser humano menor de 18 anos, salvo se, nos termos da lei que lhe for aplicável, atingir a maioridade mais cedo. Esta Convenção defende que a criança devido à sua vulnerabilidade necessita de cuidados especiais, de atenção e de proteção, mas também a encara como ser titular de direitos e liberdades fundamentais e não apenas como mero alvo de medidas de proteção.

O processo de desenvolvimento de uma criança é um processo vasto que vai desde a conceção, emerge de maneira ordenada e é relativamente duradouro, sendo primordial nos primeiros anos de vida, pois é nesta etapa da vida que a criança, segundo Brazelton (2002) estabelece as bases para o seu desenvolvimento, pois apresenta maior plasticidade e resiliência para responder aos estímulos que recebe e para se adaptar aos fatores que possam influenciar o seu desenvolvimento.

Na enfermagem pediátrica o cuidado terapêutico do enfermeiro e a promoção da saúde da criança constrói-se através do estabelecimento de uma relação baseada no respeito, dignidade, autonomia e capacidades da criança e sua família, e por uma prática baseada na parceria de cuidados (Hockenberry & Wilson, 2014).

A filosofia dos cuidados de enfermagem pediátricos apoia-se, no cuidado centrado na família (CCF), na parceria de cuidados e nos cuidados não traumáticos. O CCF reconhece a criança e a sua família como unidade de cuidado e considera a família como constante na vida da criança e que os sistemas de saúde e profissionais devem apoiar, respeitar, encorajar, potenciar a força e a competência (Honckenberry & Barrera in Honckenberry & Wilson, 2014). O CCF assenta em princípios como o respeito e dignidade (conhecimentos, valores, crenças e perspetivas familiares são incluídas no planeamento e na prestação dos cuidados), a partilha de informações (comunicação efetiva e partilha de informação oportuna e clara), a participação (incentivo e apoio na tomada de decisão e nos cuidados) e a colaboração (a criança e a família são incluídos na prestação de cuidados em todo o seu processo de planeamento, execução, avaliação e reestruturação, se necessário) (Institute for Family-Centered Care, 2010).

Cruz & Angelo (2012) referenciando Jolley & Shields (2009) e Johnson (2000) descrevem os princípios que o enfermeiro deverá interiorizar para uma prática de CCF, tais como, o reconhecer da individualidade, o respeitar as diversidades raciais, étnicas, culturais e socioeconómicas e o planear de um cuidado em saúde que seja flexível, culturalmente competente e responsivo às necessidades da família. A prática do CCF implica a parceria de cuidados e o cuidado não traumático, de forma que estes devem conservar-se lado a lado no pensamento e na prática dos cuidados de enfermagem pediátricos.

A parceria de cuidados envolve o uso da comunicação efetiva e a construção de relação terapêutica entre enfermeiros e pais através da partilha de informação negociação e participação (Casey, 1995). O modelo elaborado por Anne Casey realça a importância dos pais nos cuidados à criança, reconhecendo que estes são a fonte primária de força e apoio da criança (*Ibid*).

Os cuidados não traumáticos em pediatria, de acordo com a Carta da Criança Hospitalizada e a Convenção dos Direitos da Criança é um direito fundamental a respeitar, de forma a proteger as crianças de riscos potenciais. Os cuidados não traumáticos visam as não agressões físicas, emocionais da criança e da família evitando ou minimizando a dor. Conforme referenciado por Hockenberry & Barrera in Hockenberry & Wilson (2014, p. 12), “o objetivo primordial na prestação de cuidados não traumáticos é primeiro que tudo, não causar o dano.” Os cuidados terapêuticos devem procurar diminuir e minimizar o desconforto físico e psicológico e incluem – a

promoção da relação pais/filho, a preparação da criança antes de um procedimento, o controlo da dor, o respeito pela privacidade e diferenças culturais, a diminuição do medo pela oportunidade de escolha, oferta do brincar e expressão de sentimentos (*Ibid*).

Tendo em consideração estes pressupostos, é importante que os enfermeiros desenvolvam competências especializadas e procurem uniformizar princípios orientadores de assistência não traumática à criança e família, identificando intervenções autónomas de enfermagem que contribuam para minimizar os fatores stressores provocados pelas situações de transição, como a hospitalização para cirurgia, de forma a contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação do cliente.

2.2. Cuidar na transição - Modelo teórico de Afaf Meleis

A centralidade, da teoria de médio alcance de Meleis, nos processos de transição pelos quais passa a pessoa ao longo da sua vida ajudou-me a compreender e cuidar da criança hospitalizada ao longo do estágio.

Para Meleis (2005, p.107), o cliente deve ser perspectivado como um “ (...) ser humano com necessidades específicas que está em constante interação com o meio envolvente e que tem a capacidade de se adaptar às mudanças mas, devido à doença, risco de doença ou vulnerabilidade, experimenta ou está em risco de experimentar um desequilíbrio.”

Para a autora, a saúde revela-se por consciencialização, controlo e mestria na vida. A ausência de equilíbrio é provocada normalmente por momentos de crise, que colocam a pessoa na iminência de uma transição (*ibid*).

De acordo com a teoria de Meleis, as transições podem ser do tipo saúde/doença, de desenvolvimento, situacionais e organizacionais (Meleis, Sawyer, Messias & Schumacher, 2000; Meleis & Trangenstein, 1994). A cirurgia pode ser considerada um processo que decorre de uma transição (Meleis *et al*, 2000), mais concretamente uma **transição do tipo saúde-doença**, no qual se enfatiza o papel da enfermagem como resposta à **necessidade de informação** - valor atribuído pela pessoa a ser informado, à **informação** - conjunto de informações recebidas no peri-operatório e ao **conhecimento** - presença de conhecimentos sobre aspetos relativos ao processo transicional em curso.

Os indivíduos em transição tendem a ser mais vulneráveis aos riscos e estes, por sua vez, podem agravar ainda mais o seu estado de saúde (Meleis *et al.*, 2000). Desta forma, a compreensão do processo de transição que envolve a criança e a família em contexto cirúrgico pode ajudar a evitar os riscos inerentes à hospitalização/cirurgia da criança, pois a compreensão da transição a partir da perspectiva de quem a experiencia, inferindo sobre as necessidades do cliente, permite aos enfermeiros trabalhar para um cuidado holístico.

Sendo a transição a passagem de um estado estável para outro estado estável, é definida por Chick & Meleis (1986, p.239) como “uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro”, são caracterizadas pelo fluxo de movimento ao longo do tempo e são influenciadas por fatores que podem ser facilitadores ou inibidores da experiência.

Estes fatores podem dividir-se em três tipos: pessoais, comunitários e sociais. O fator pessoal diz respeito aos significados atribuídos à própria transição, aos conhecimentos, às crenças e atitudes culturais e ao nível socioeconómico. As condições comunitárias referem-se aos recursos da comunidade de suporte que podem facilitar ou inibir o decorrer das transições. Nas condições sociais podem identificar-se estigmas e papéis sociais que podem mostra-se inibidores do processo transaccional (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2010).

O significado que as pessoas atribuem ao processo de transição, as estratégias que utilizam, a estrutura física, cognitiva e emocional que possuem determinam a forma como respondem à transição (Meleis, 2012).

Como processo de transição que é a doença, a criança e família podem possuir expectativas que não são reais, de forma tal, que a vivência cirúrgica de potenciar sentimentos e emoções negativas, pelo que a criança e família necessitam de estar preparados para a vivência destas transições.

Para compreender todo o processo de transição e valorar a experiência vivida pela pessoa, é necessário que o enfermeiro conheça os **padrões de resposta** que auxiliam a sua avaliação e que se subdividem em dois tipos de indicadores – processuais e de resultado.

Os *indicadores de processo* incluem a necessidade da pessoa desenvolver confiança e *coping*, a necessidade de *sentir-se integrado* e *manter-se em interação* num determinado contexto, sendo a informação um suporte para se prosseguir numa transição saudável (Meleis *et al.*, 2010).

Os *indicadores de resultado* permitem saber se a transição se constitui um evento saudável na vida da pessoa e manifestam-se pela *mestria* e pela *integração fluida da identidade*. A *mestria* reporta-se ao desenvolvimento de competências ao longo de todo o processo de transição para gerir a nova situação, que permitem viver a transição com sucesso e são indicativos de ganhos em saúde atingidos no decurso de toda a experiência. A *integração fluida da identidade* está relacionada com a forma como a pessoa incorpora na sua vida os novos comportamentos, experiências e competências adquiridas, para uma melhor adaptação à realidade após a transição (Meleis *et al*, 2010).

O objetivo da **intervenção de enfermagem** é implementar intervenções facilitadoras da vivência da transição, com vista a proporcionar estabilidade e sensação de bem-estar, pois uma preparação e conhecimentos prévios sobre o que esperar durante a transição e as estratégias a utilizar na gestão da situação facilitam a experiência da transição, ao passo que o contrário prejudica todo este processo.

A intervenção de enfermagem deve focar-se na adaptação aos processos de transição, em promover estratégias de auto regulação como forma de promover a capacitação para lidar com os fatores de risco e com as mudanças provocados pelas situações de saúde – doença, no sentido de minimizar o impacto do *stress*, e a fase de reorganização, em que a nova realidade é enfrentada e aceite, pois quando a pessoa sabe o que a espera, a ansiedade associada à transição diminui (Meleis *et al*, 2000).

A interação enfermeiro/cliente organiza-se em torno de uma intenção que conduz a ação para promover, restaurar ou facilitar a saúde. Compete ao enfermeiro preparar e informar os clientes nos períodos antecipatórios, de preparação para a mudança e prevenção dos efeitos negativos, permitindo que este atinja um melhor nível de preparação para as situações de doença (Meleis, 2007; Schumaker & Meleis 2010).

2.3. Preparação da criança e família para a cirurgia programada

A criança, dependendo da fase de desenvolvimento em que se encontra, reagirá de diferentes maneiras para se adaptar ao meio envolvente, seja na escola, em casa ou no hospital. A necessidade de cirurgia é um acontecimento perturbador que se apresenta como uma crise com que a criança e a família se deparam. Sendo a

hospitalização da criança para cirurgia inevitável, esta, envolve a saída do ambiente familiar para o ambiente hospitalar desconhecido, a separação dos familiares, amigos e o enfrentar de pessoas estranhas que impõem procedimentos dolorosos e ameaçadores.

A doença e a hospitalização representam para a criança e família mudanças no decurso normal das suas vidas. De acordo com Meleis (2012), as mudanças do estado de saúde, no papel das relações, nas necessidades da pessoa, nas expectativas e nas habilidades são denominadas de transições e levam a adaptações significativas.

A admissão de uma criança para cirurgia numa instituição, exige por parte do enfermeiro uma gama de conhecimentos, competências e interiorização de valores que vão desde os conhecimentos científicos sobre as necessidades da criança decorrentes do processo de crescimento e desenvolvimento, até ao conhecimento das repercussões que a doença, a hospitalização e a cirurgia têm na criança e família.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, “a hospitalização e a cirurgia da criança/família são potenciadores de ansiedade¹ e exacerbadores de medos²”, o que pode resultar numa experiência traumática para a criança, com efeitos psicológicos persistentes (OE, 2011a, p.11). A preparação para a hospitalização e para a cirurgia proporciona a aquisição de competências para lidar ou enfrentar uma situação desconhecida e afigura-se como a melhor forma/momento/altura de diminuir a ansiedade (*Ibidem*).

A forma como as crianças reagem aos fatores *stressores* depende, em parte, da sua idade, fase de desenvolvimento e das experiências anteriores de doença, duração e número de internamentos, procedimentos invasivos e da ansiedade dos pais (Sanders in Hockenberry & Wilson, 2014). Os mesmos autores referem que, as crianças podem reagir ao *stress* da hospitalização antes da admissão, durante a hospitalização e depois da alta. Nas crianças, níveis elevados de ansiedade no período pré-operatório podem estar associados a consequências médicas, psicológicas e sociais negativas. As consequências médicas que se podem vir a apresentar relacionam-se com a indução anestésica perturbada, a redução das defesas contra infeção, o aumento do consumo de anestésicos no período

¹ Entende-se a ansiedade, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), como, “Emoção negativa: sentimentos de ameaça, perigo ou angústia” (ICN, 2011, p. 39).

² Medo, segundo a CIPE, refere-se a “Emoção negativa: sentir-se ameaçado, em perigo ou perturbado devido a causas desconhecidas, por vezes acompanhado de uma resposta fisiológica do tipo lutar ou fugir” (ICN, 2011, p. 61).

intraoperatório e do consumo de analgésicos no período pós-operatório; as consequências psicológicas podem manifestar-se com enurese, dificuldade na alimentação, apatia, ansiedade continuada, irritabilidade e distúrbios do sono; e algumas consequências sociais que se podem verificar são a indisciplina e falta de cooperação com os profissionais da saúde (Guaratini, Marcolino, Teixeira, Bernardis, Passarelli & Mathias, 2006).

Também Broering & Crepaldi (2008, p. 62) referem que, “a hospitalização em si já é vista pela criança como ameaçadora e causadora de ansiedade, e desta forma, tem um impacto sobre seu comportamento, levando à manifestação de reações adversas como o stresse, ansiedade e medo.” Estes autores citam os estudos de Sebastini (1995) e Fighera & Viero (2005) que referem que, os medos comuns das crianças submetidas a cirurgia são o medo do desconhecido, o medo da dor e da anestesia, de ficar desfigurado ou incapacitado, de morrer durante o procedimento cirúrgico e a recuperação.

A criança devem ser tratada com compreensão e sensibilidade, e as suas necessidades em termos de desenvolvimento devem ser consideradas. A criança ser de direitos, quando hospitalizada tem os seus direitos salvaguardados pela Carta da Criança Hospitalizada. Esta resume e reafirma os direitos que ao longo dos anos, têm sido reconhecidos à criança, salvaguardando a necessidade de proteção e cuidados especiais face à sua inerente vulnerabilidade, imaturidade física e intelectual, elencando uma série de medidas que a protegem.

Dos dez direitos inscritos na Carta da Criança Hospitalizada, ressalvo duas recomendações, que reafirmam a importância da informação e nos dizem que, **as crianças e os pais têm o direito a receber uma informação adaptada à sua idade e compreensão** e que **as crianças e os pais têm o direito a serem informados para que possam participar em todas as decisões relativas aos cuidados de saúde** (IAC, 1998).

A informação e o conhecimento prévio da doença, hospitalização, cirurgia, tratamento e recuperação, é uma pré-condição para o envolvimento ativo de crianças e pais nas tomadas de decisão.

A informação a transmitir à criança deve ser contínua e basear-se na sua idade e compreensão, tomando em consideração o seu nível de desenvolvimento e capacidade de expressão. Deve ser fornecida num ambiente calmo e de segurança, incluir informação verbal, audiovisual e escrita, responder a todas as perguntas da

criança e dar conforto quando esta manifesta medos. A informação aos pais deve ser clara e precisa, encorajar perguntas, orientar para fontes de informação, ou grupos de apoio. Facilitar o acesso a documentos escritos ou imagens relacionadas com a doença e cirurgia que permitam gerir sentimentos de medo, culpa, ansiedade ou *stress* em relação à doença e tratamento (IAC, 1998).

A preparação para a cirurgia deverá ser feita tendo em consideração a idade da criança, o seu desenvolvimento cognitivo, as experiências prévias de internamento e cirurgia, cultura e crenças da família.

Panella (2016) refere que, a preparação dos pais de crianças recém-nascidos, lactentes e *toddlers* para o esperado antes de um procedimento, passa por fornecer suporte e orientação sobre a forma como estes podem ajudar a cuidar de seus filhos antes da cirurgia e após a alta.

RN e lactentes interagem com o meio ambiente através dos sentidos, podendo beneficiar de música ou brinquedos para distração durante a hospitalização (brinquedos de cores vivas e que produzam sons como roca, livros com música, com texturas e em relevo...). O *toddler* reage à separação com protesto e agressão verbal, à perda de controlo com regressão e à lesão corporal e dor com choro, crises de birras, resistência física e não cooperação, beneficiando do toque e manipulação de equipamentos médicos e material lúdico-pedagógico adequado como por exemplo a manga de tensão artéria, máscara de anestesia e *Playmobil*®. A separação dos cuidadores é a principal fonte de *stress* nestas faixas etárias, por isso os pais devem ser incentivados a permanecer junto dos seus filhos o maior período de tempo possível (Panella, 2016).

A criança em idade pré-escolar tolera mais facilmente a separação, encontra-se munida de pensamento mágico e representações simbólicas, o que a pode levar a fantasiar medos irrealis, sentimentos de culpa em relação a doença e a perceber a hospitalização e a cirurgia como uma punição. Preocupa-se com a sua integridade física e reage à perda de controlo com regressão e à lesão corporal e dor com culpabilização, choro, gritos, verbalizações de “ai” e “dói” (Hockenberry & Wilson, 2014). Mostra-se importante estimular a verbalização de ideias e sentimentos questionando a criança porque acha que vai ser operada, explicar os procedimentos contando histórias e utilizar palavras neutras para descrever os procedimentos. Permitir o manuseamento e a manipulação do equipamento médico e material lúdico-

pedagógico adequado leva a familiarização e à diminuição do *stress* da criança (Panella, 2016).

Acerca da informação a ser transmitida à criança, recomenda-se que esta seja simples, realística e verdadeira, de acordo com o seu nível de desenvolvimento, compreensão sobre a situação de saúde, sobre o procedimento cirúrgico a ser realizado, experiência prévia de hospitalização, medos em geral e de procedimentos específicos (Broering & Crepaldi, 2008; Le Roy *et al*, 2003).

Em consonância, Salmela, Salanterä & Aronen (2010, p. 1222) referem que, “pre-school-aged children are particularly vulnerable to the effects of stress and fear during hospitalization. Children cope with their fears through problem-oriented, emotion-oriented, and function-oriented coping strategies”.

As crianças em idade escolar possuem maior capacidade em compreender o conceito de doença, têm facilidade em expressar medos, manifestam vontade em adquirir novos conhecimentos e mostram preocupação com a lesão corporal, a perda de controlo e medo de não acordar da anestesia ou acordar durante a cirurgia. É importante encontrar oportunidades de envolvimento nos cuidados e na tomada de decisão, permitindo escolhas, como forma de garantir uma melhor cooperação por parte da criança, e ensinar estratégias de confronto como a autoinstrução, ajudando a criança a encontrar factos e pensamentos positivos sobre o acontecimento, p.e. “*não demora muito*”, “*vai correr bem*”, entre outros (Panella, 2016).

Os adolescentes que vão ser submetidos a uma intervenção cirúrgica temem a perda de autonomia e autocontrolo, incapacidade e morte, podendo reagir negativamente às indicações cirúrgicas, aos cuidados pré e pós-operatórios. Garantindo a sua privacidade, envolvendo-os na tomada de decisão, encorajando a expressão de sentimentos e validando preocupações sem juízos de valor pode levar à sua cooperação e a um diálogo mais eficaz. A sua relação com os pares são de suprema importância, pelo que o acesso ao telefone ou jogo favorito, pode ajuda-los a sentir-se conectado ao seu grupo de pares, a distrair-se e normalizar a situação, diminuindo a ansiedade (*Ibidem*).

A preparação pré-operatória orientada de forma correta permitirá à criança e família uma adaptação ao seu novo e de certo modo inesperado papel, contribuído para que o seu nível de incerteza seja reduzido e, em simultâneo, para baixar o nível de ansiedade perante o ato cirúrgico. (Pimentel, 2001). O pré-operatório é, por isso,

considerado por muitos autores como essencial no decurso de todo o processo assistencial.

Sampaio, Silva, Comino, & Romano, (2014, p. 234), mencionam que os pais, na sua maioria se encontram ansiosos quando os seus filhos são submetidos a algum tipo de procedimento cirúrgico, de tal modo que também os pais “devem ser esclarecidos e estimulados a participar ativamente no tratamento de seus filhos, contribuindo positivamente com sua presença e segurança”. Este mesmo estudo mostra também que os pais que, são antecipadamente informados e preparados na consulta de enfermagem, apresentam diminuição nos níveis de ansiedade.

Numa revisão integrativa realizada para descrever as intervenções de enfermagem que reduzem a ansiedade pré-operatória em crianças, Santos (2014, p. 150), refere que “a doença e a hospitalização constituem-se como fatores de enorme *stress*, ansiedade e sofrimento para a criança, pois estão implícitas a separação das rotinas diárias e das pessoas de referência, a perda de controlo, a lesão corporal e a dor, o que pode influenciar negativamente o seu crescimento e desenvolvimento harmonioso”.

Através da análise dos estudos envolvidos na sua revisão integrativa, Santos (2014, p. 155) diz-nos também que, “tanto a qualidade do programa pré-operatório como a preparação e o suporte para a hospitalização/cirurgia que os pais transmitem aos seus filhos, são essenciais para ajudar a criança e os pais a ultrapassar a ansiedade, o *stress* e a angústia provocadas pela situação bem como para ajudá-los a encontrar estratégias para ultrapassá-la.”

Das conclusões do seu estudo Salmela, Salantera & Aronen (2010, p. 1222), destacam “*it is important to observe and support the child’s individual coping strategies. Pre-school-aged children need information and guidance to orientate themselves in unknown situations and to participate in decisions concerning their everyday life. Most of all, they need opportunities to play and experience pleasure. Children can also be taught coping strategies that give them an active, positive role*”.

Com o objetivo de analisar os contributos da consulta de enfermagem de preparação pré-operatória em crianças, Delbarre, *et al*, (2014) realizaram uma análise de 2009 a 2014 tendo-se verificado que esta permitiu: evitar cerca de 3% dos cancelamentos operatórios por razões administrativas; diminuir o tempo da consulta médica, permitindo um aumento de 20% no número de consultas; **melhorar a adesão às indicações pré-operatórias** (esclarecimentos e recomendações de higiene,

jejum...); **melhorar a satisfação da criança e família** (informação e preparação para a hospitalização) **e dos profissionais** (diminuição dos erros e ganho de tempo).

Avaliar as diferenças na experiência das crianças em idade escolar quando sujeitas a uma intervenção de enfermagem pré-operatória estruturada, foi um dos objetivos do estudo de Teixeira & Figueiredo (2009), do qual se conclui que as crianças submetidas a intervenção de enfermagem pré-operatória, expressam maior entendimento e aceitação dos procedimentos cirúrgicos, estabelecem, com maior facilidade uma relação terapêutica com a equipa de enfermagem e relatam menos medo. Estes autores referem que um programa de intervenção pré-operatório adequadamente implementado contribui para uma recuperação mais rápida, refletindo-se em ganhos em saúde e com menor tempo de internamento, pois constitui uma ferramenta eficaz e pouco dispendiosa de suporte psicológico e emocional indispensável.

A consulta de enfermagem de preparação da criança e família para a cirurgia ocorre como meio de assegurar as informações essenciais e pertinentes, traçando um caminho de satisfação e competência profissional e de bem-estar físico e psicológico respetivamente.

Apresenta-se como um processo de prestação de cuidado contínuo, mostrando-se relevante para satisfazer as necessidades dos clientes, em prol de uma humanização dos cuidados, pelo que deverá ser compreendida como uma atividade de enfermagem fundamental. Permite, o desenvolvimento de boas práticas de enfermagem na preparação para a cirurgia a um alargado número de crianças e famílias, contribuindo para a sua satisfação e favorece o desenvolvimento da prática profissional, com investimento em projetos de melhoria contínua da qualidade, dando visibilidade às intervenções autónomas dos enfermeiros, através da definição de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem.

2.4. Qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação do cliente

A qualidade dos cuidados de saúde e a satisfação são dois conceitos que caminham lado a lado nos serviços de saúde. De acordo com André & Rosa (1997), por cuidados de saúde de qualidade entendem-se os que maximizam a satisfação dos intervenientes em todas as etapas do processo do cuidar. A satisfação dos intervenientes em todas as etapas do processo de cuidar e a satisfação do cliente

opera como um indicador da qualidade, na medida em que reflete o grau de conformidade dos resultados com as suas expectativas.

A satisfação do cliente é a atitude em relação o grau de cumprimento das suas preferências pelos prestadores de cuidados de saúde, não havendo cuidado de qualidade sem satisfação do cliente. A relação entre os cuidados que os enfermeiros prestam e as necessidades/expectativas dos clientes, constitui um desafio promissor à avaliação da satisfação dos clientes (Hosseinian, Ajorpaz & Manesh, 2015).

A satisfação dos clientes face aos cuidados que lhes são prestados constitui um importante e legítimo indicador de qualidade. Tal indicador é reconhecido pela OE, como sendo uma das categorias de enunciados descritivos e qualidade nos cuidados e produtividade de enfermagem, quando refere que “na procura permanente da excelência profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes” (OE, 2001, p.13).

Ao terem clientes satisfeitos, as instituições potenciam a procura de cuidados de saúde e conseqüentemente, consolidam a estabilidade da instituição no que diz respeito ao leque dos produtos e serviços que podem oferecer aos clientes. Além disso, ter os clientes satisfeitos ajuda também no reforço dos níveis de motivação junto dos próprios colaboradores da instituição que presta o serviço, com as inerentes implicações positivas na sua própria rentabilidade (Dinis, 2008).

A satisfação parental foi definida por Bragadóttir & Reed (2002, p. 476) como, “*patient satisfaction has been defined as judgment made by a recipient of care as to whether his or her expectations for that care have been fulfilled*”. Os mesmos autores defendem que, os cuidados não podem ser considerados de qualidade a não ser que os utentes fiquem satisfeitos.

Ferreira (1999, p. 3) refere que, o hospital tal como qualquer outra organização para se manter vivo deverá centrar a sua atividade no cliente, procurar continuamente o seu *feedback*, “antecipar as suas necessidades e expectativas, saber o que os faz gostar do serviço e como avaliam o valor dos serviços recebidos.”

Conforme exposto nos enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, são elementos importantes da satisfação dos clientes: o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos de natureza individual do cliente; a procura constante da empatia nas interações com o cliente; o estabelecimento de parcerias com o cliente no planeamento do processo de cuidados (OE, 2001). Fazendo parte do Core de Indicadores de Enfermagem para o

Repositório Central de Dados da Saúde a prática de enfermagem sustentada nos focos de **gestão da dor**, do **autocontrolo do medo**, do **potencial para o desenvolvimento da capacidade parental**³, do **risco de stress** do prestador de cuidados em **tomar conta**⁴ e do **ganho de potencial** para o desenvolvimento da capacidade do prestador de cuidados para **tomar conta**.

Para a OMS (1986, citado por Alves, 2005, p. 8) qualidade em saúde “é a comparação de como o nível de cuidados no aqui e agora se compara com o que foi definido como o nível desejado dos cuidados”.

Também no Plano Nacional de Saúde 2011-2016 (PNS 2011-2016), Saturno *et al* (1990), define a Qualidade em Saúde (QeS) como a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão, o que implica a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão.

No que se refere a qualidade, o RPQCEESCJ (OE, 2011b), engloba no conceito de saúde da criança e do jovem, um conjunto de particularidades com ênfase na satisfação das suas necessidades nas diferentes etapas de desenvolvimento, na sua adaptação às transições normativas e/ou acidentais e na otimização do bem-estar que permita á criança conseguir alcançar todo o seu potencial em associação com a família. Do RPQCEESCJ, constam seis enunciados descritivos que procuram direcionar os cuidados de enfermagem especializados à criança e jovem. Esses enunciados descritivos, contemplam: a **satisfação da criança e jovem**; a **promoção da saúde**; a **prevenção de complicações**; o **bem-estar** e o **auto cuidado**; a **adaptação às condições de saúde** e a **organização dos cuidados de enfermagem**.

O exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com as particularidades de cada criança/família, perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos clientes.

³ A Parentalidade diz respeito ao assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai, aos comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças, à interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade, quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados. (ICN, 2011, p. 61)

⁴ O Tomar conta refere-se ao “providenciar cuidados quando necessário” (ICN, 2011, p. 78).

3. PERCURSO FORMATIVO RUMO À AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo irei descrever fazendo uma análise reflexiva das minhas práticas que de algum modo contribuíram para a aquisição e desenvolvimento de competências de Enfermeira EESCJ.

O processo de cuidar em enfermagem coloca ao enfermeiro o desafio permanente do desenvolvimento de capacidades, conhecimentos e aptidões que lhe permitam prestar cuidados de qualidade. Prestar cuidados de qualidade implica que o enfermeiro possua conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem e reúne competências de saber, saber fazer e saber estar.

A noção de competência deverá promover a articulação entre diversos domínios: **dos saberes à ação** (a competência não se reduz ao domínio dos conhecimentos, capacidades, destrezas e técnicas, mas trata-se, essencialmente, de saber mobilizar); **do sujeito e do conteúdo** (a competência só pode ser entendida por referência ao sujeito e ao contexto onde este se situa); **do saber-integrar** (a competência combina diversos elementos que se conjugam para a realização de uma tarefa ou resolução de um problema); **da responsabilidade e do individual e do coletivo** (a competência deve ser entendida numa perspetiva individual que comporta uma vertente coletiva) (Le Boterf, 2005).

Benner postula que a aquisição de competências pelos enfermeiros se faz ao longo do tempo, na prática dos cuidados e são adquiridas de forma gradativa. Esta autora defende que o enfermeiro ao longo do tempo de exercício passa por diferentes estádios: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Sendo os iniciados, os enfermeiros que não têm qualquer experiência de resolução de problemas com os quais podem ser confrontados, têm por isso um comportamento limitado e rígido, incluindo-se aqui os profissionais que integram pela primeira vez os serviços. Os peritos possuem um conhecimento fundamentado e contextualizado, que lhe permite prestar cuidados individualizados de uma forma holística “ (...) têm uma enorme experiência, compreendem de maneira intuitiva cada situação e apreendem diretamente o problema sem se perderem com soluções e diagnósticos estéreis” (Benner, 2001, p. 54).

O Regulamento do Exercício Profissional (REPE) faz a distinção entre as competências do Enfermeiro e as do Enfermeiro especialista. Ao Enfermeiro são-lhe

reconhecidas competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis de prevenção primária, secundária e terciária. Ao Enfermeiro especialista são-lhe reconhecidas competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade. De acordo com o referido o enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria é responsável pela promoção da saúde e do bem-estar da criança e família em qualquer contexto assistencial. Nesta linha de orientação, Hockenberry & Barrera in Hockenberry & Wilson, (2014) referem que o enfermeiro especialista em pediatria estabelece uma relação terapêutica, defende a família, faz a prevenção de doenças e a promoção da saúde, o suporte e o aconselhamento, a coordenação e a colaboração, a tomada de decisão ética e a investigação.

O percurso que tracei rumo ao desenvolvimento de competências de enfermeira EESCJ desenvolveu-se no período 18 semanas, compreendido entre 28 de Setembro de 2015 e 12 de Fevereiro de 2016, num total de 500 horas. Foi realizado em diferentes contextos de prestação de cuidados de enfermagem, à criança e família, aos três níveis de prevenção.

Uma vez que presto cuidados de enfermagem à criança e família, no quotidiano da minha prática, na escolha dos contextos de estágio tive duas preocupações, selecionar locais onde pudesse concretizar os objetivos definidos, adquirir e desenvolver competências que me permitisse o crescimento para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança e família, e simultaneamente dar resposta às exigências da OE para a aquisição de título de especialista.

Os locais de estágio selecionados foram: Serviço de Internamento de Pediatria, Consulta Externa de Enfermagem de Preparação da Criança para a cirurgia, Unidade de Cuidados de Saúde Primários, Unidade de Cuidados Especiais Neonatais e Serviço de Atendimento Médico Permanente, como ilustra o Apêndice 1. O tempo de permanência em cada local foi definido de acordo com as minhas necessidades e a potencialidade formativa de cada contexto.

Com o foco na aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e com a finalidade de melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem à criança e família que cuido, os objetivos que defini para estágio e que identifiquei como responsivos às minhas necessidades direcionaram o meu percurso formativo.

De forma a concretizar os objetivos gerais do estágio defini objetivos específicos para os diferentes contextos.

Alguns dos objetivos foram comuns a todos os contextos de estágio, outros foram definidos de acordo com as minhas necessidades e com as possíveis e potenciais experiências de aprendizagem que cada um dos locais poderia proporcionar-me. As atividades a desenvolver em cada local, foram planeadas de acordo com os objetivos, assim como à das características dos diferentes contextos.

Em todo o meu percurso formativo procurei prestar cuidados que ajudasse a criança e família a ultrapassar os processos transicionais em que estavam envolvidos. A reflexão na e sobre a ação esteve sempre presente ao longo do estágio, assim como a procura constante de informação quer junto do enfermeiro orientador quer de bibliografia científica. Deste caminhar ao longo de estágio dou conta seguidamente.

3.1. Estágio no Serviço de Internamento e Ambulatório de Pediatria

A escolha deste contexto para estágio, deveu-se a facto de ali serem prestados cuidados de enfermagem a crianças com patologias diversas que são submetidas a tratamento médico e cirúrgico. É neste local que são internadas as crianças que vou cuidar na consulta de enfermagem de preparação da criança e família para a cirurgia programada.

Os **objetivos específicos** que demarqueei para este estágio foram os seguintes:

- Aprofundar conhecimentos na assistência de enfermagem à criança e família nos processos de transição de saúde-doença, tendo em conta as suas necessidades e procurando maximizar o seu potencial de crescimento e desenvolvimento;
- Melhorar habilidades de comunicação no cuidado à criança e família, de acordo com o estágio de desenvolvimento e características da família
- Analisar procedimentos de enfermagem de qualidade adequados ao cuidado da criança e família promotores de processos de transição não traumáticos.

A doença súbita ou prolongada e a possibilidade de uma cirurgia, que geram a necessidade de hospitalização produz *stress* que afeta tanto a criança como a família causando um desequilíbrio ao qual é necessário fazer adaptações. Segundo Meleis *et al* (2000), a adaptação diz respeito ao nível de envolvimento da pessoa nos processos de transição, estando intimamente ligado ao nível de conhecimento que a

pessoa detém. Quando a pessoa não possui conhecimento a adaptação não é possível.

O viver da hospitalização na criança é um evento inesperado e perturbador, pelo contacto com o ambiente estranho e pelo sentimento de não controlo dos acontecimentos. Ocorre devido a uma situação de saúde/doença e influencia toda a família, transportando um conjunto de mudanças que requerem mudança comportamentos, redistribuição papéis familiares, aprendizagem de novas competências e utilização de novos recursos.

A gestão das emoções perante a doença aguda ou necessidade de uma cirurgia e a sua consequente hospitalização, deve ser orientada com a intencionalidade de que a criança mobilize ou desenvolva mecanismos de *coping* face à transição de saúde-doença que está a vivenciar, incentivando-as a participar nas tomadas de decisão e procedimentos, para desenvolver sentimentos de controlo e para que consigam lidar melhor com a situação.

A preparação para estes acontecimentos perturbadores relaciona-se com o conhecimento que a pessoa detém. A sua preparação antecipada facilita a experiência, enquanto a falta de preparação é um inibidor, um planeamento eficaz envolve a identificação de possíveis problemas e necessidades que poderão surgir durante a transição, e vai influenciar o seu sucesso (Meleis *et al*, 2000; Meleis, 2010).

Ressalva-se na literatura (Barros, 2003; Goldman, Hain & Liben, 2006) que as crianças pequenas demonstram menor capacidade em adaptarem-se à situação de cuidados. Estas apresentam mais dificuldades em compreender os procedimentos e a hospitalização, e podem mesmo acreditar que os profissionais de saúde as punem por um mau comportamento. No entanto, à medida que o seu desenvolvimento cognitivo lhe permite, a criança vai dominar os processos de pensamento e gradualmente adquire estratégias de *coping* mais adaptativas à situação de *stress*.

Pelo número e natureza de questões que foram sendo colocadas pelas crianças e pelos pais, durante o estágio neste local pude constatar que, a necessidade de informação relacionada com o internamento, processo cirúrgico, tratamento e recuperação da criança é transversal a todas as famílias. A vivência da hospitalização é diferente de família para família e é influenciada por variáveis como a idade da criança, a gravidade do diagnóstico, as características socioeconómicas e culturais da família, as experiências anteriores, a necessidade de fazer adaptações na vida pessoal e familiar e pela informação que recebem previamente à hospitalização. De

facto, cada pessoa atribui significado às situações de saúde e doença, de acordo com valores, as crenças e os desejos, que caracterizam a sua singularidade e projeto de saúde (Meleis *et al*, 2000).

Neste local de estágio, acompanhei a criança e prestei cuidados durante o seu percurso para o BO, na indução anestésica, durante o período intra-operatório, recobro anestésico, período pós-operatório e preparação para a alta. Foi possível realizar o acolhimento da criança, a apresentação do ambiente hospitalar e da unidade de internamento e dar algumas informações relativas à cirurgia e anestesia.

Na criança, a tensão, nervosismo, apreensão e preocupação relacionados com o medo da cirurgia, manifestam-se de acordo com Sampaio, Silva, Comino, & Romano, (2014, p. 234), através de reações psicofisiológicas como “secura da boca, sudorese, palpitações, vômitos, arrepios, elevação da pressão arterial, das frequências respiratória e cardíaca”. Neste mesmo estudo, pode observar-se que, os acompanhantes que foram orientados durante a consulta de enfermagem pré-operatória apresentaram uma diminuição nos níveis de ansiedade, mostrando-se evidente a importância da realização de um atendimento de enfermagem de preparação pré-operatório para a redução da ansiedade, oferecendo respostas às necessidades reais da criança e pais.

Através da observação e acompanhamento das crianças submetidas a cirurgia, pude observar as reações, os comportamentos da criança nos vários momentos do seu percurso dentro do hospital, e as práticas de enfermagem adotadas para minimizar o impacto da hospitalização/cirurgia.

Verifiquei reações e comportamentos desadaptativos presentes em algumas crianças indicadores de medo e ansiedade, como a agressividade, irritabilidade, a não colaboração nos cuidados, a tristeza e um clima revelador de insegurança e desconfiança para com os profissionais. Pude observar nas crianças de quem cuidei, que estas se mostram muitas vezes assustadas, agitadas, com respiração irregular, e frequentemente manifestaram dificuldade em comunicar, fazendo-o com voz trémula e choro o que está o que está de acordo com a literatura por mim consultada.

Os pais manifestaram medos relacionados com o desconhecido, preocupações com a dor, com o tipo de lesão corporal e as suas implicações no processo de desenvolvimento da criança. Frequentemente expressaram dúvidas relacionadas com a anestesia, o tempo de internamento, período de recuperação, cuidados pós-operatórios, e receios relacionados com ao processo de separação no período

cirúrgico, medo de serem rejeitados e que os seus filhos sentissem a separação como um abandono.

Verifiquei menor ansiedade por parte dos pais e das crianças quando ambos já conheciam o ambiente ou já existia relação com os enfermeiros porque já tinham tido internamentos anteriores, mostrando posturas de maior descontração e serenidade.

Tive especial preocupação em informar os pais sobre a importância de permanecer junto dos filhos. Para minimizar a ansiedade das crianças destas faixas etárias, de quem cuidei incentivei a manutenção das suas rotinas diárias, a presença dos brinquedos favoritos e o uso da sua roupa garantindo deste modo a aproximação ao ambiente familiar (Hockenberry & Wilson, 2014).

Para a criança em idade escolar o medo do desconhecido é a maior fonte de *stress*. De forma a superar os medos nesta faixa etária, forneci informação sobre os procedimentos a realizar, utilizando linguagem simples e clara de acordo com o seu desenvolvimento e cultura. Elogiei-os pela sua coragem e sucesso durante o internamento e procedimentos dolorosos, dei reforço positivo utilizando expressões verbais como “és muito corajoso” e forneci medalhas e diplomas como reconhecimento do bom comportamento, como recomendam os autores.

Tendo consciência de que o nível socioeconómico e cultural da família pode ter influência positiva ou negativa no processo como esta vive a experiência da hospitalização e cirurgia da criança, mesmo quando a família tem facilidades de acesso à informação, procurei ajuda-los na gestão, validação e clarificação desse conhecimento

Neste contexto pude constatar que existem pais que compreendem a situação que a criança está a viver, aceitam ajuda dos enfermeiros e usufruem de toda a informação como uma mais-valia para o desempenho do seu papel parenteral. Existem no entanto, pais que receiam perder o controlo e a organização dos cuidados diários dos seus filhos, parecendo ter pouco em consideração as necessidades reais da criança. Outros pais procuram um significado para a situação que está a ser vivida e tendem a culpabilizar-se. O que está de acordo com os pressupostos de Meleis *et al*, (2000), que defendem que as condições pessoais intrínsecas à pessoa podem facilitar ou dificultar a vivência da transição, englobando os significados, as crenças e as atitudes culturais, o estatuto socioeconómico, o nível de preparação e o nível de conhecimento/habilidade.

Confrontada com vivências diferentes, por parte dos pais, estimei a expressão de medos e sentimentos, esclareci dúvidas e dei informações relacionadas com a doença, a cirurgia, o processo de tratamento e recuperação. Instruí e treinei competências parentais no período de internamento, visando o momento da alta. Fui com instrução e na supervisão dos cuidados prestados pelos pais durante o internamento procurei, capacitá-los para o melhor desempenho da parentalidade, face à transição de saúde-doença que a criança está a vivenciar. Em todo o processo foi minha preocupação cuidar em parceria com a criança e família ajudando-a a fazer uma transição com sucesso.

Nesta linha de pensamento e reflexão, e uma vez que a preparação da criança e família para a cirurgia é uma lacuna no atendimento da criança no Serviço de Internamento de Pediatria, onde estagiei procurei colmatar de alguma forma esta necessidade. Elaborei um folheto informativo que se apelida "*O meu filho vai ser Operado*" (Apêndice 16), com o objetivo de oferecer suporte antecipado aos pais da criança no período pré-operatório durante a admissão ao serviço, para que estes possam ficar informados de algumas rotinas e procedimentos durante o período de internamento. Mostrou-se ainda importante a compilação de suporte fotográfico das várias áreas de contato durante o internamento - percurso para o bloco operatório e bloco operatório (Apêndice 14), de forma a contribuir para a adaptação da criança ao ambiente hospitalar e a diminuir o medo da cirurgia e do desconhecido.

Através da consulta de protocolos existentes no serviço e da prestação de cuidados à criança, pude verificar que existe a preocupação da equipa de enfermagem em minimizar o impacto da hospitalização e cirurgia na criança, na eliminação dos fatores ansiogénicos. É permitido a permanência do brinquedo/objeto favorito da criança no bloco operatório, é facilitado o acompanhamento pelos pais da criança em todo o seu percurso, exceto no momento de entrada na sala operatória, momento de separação que se procura minimizar pela administração de pré-medicação anestésica que é realizada ainda no serviço.

A compreensão das propriedades e condições inerentes aos processos de transição contribui para desenvolver terapêuticas de enfermagem congruentes com as experiências da pessoa. As terapêuticas de enfermagem possibilitam fornecer informação e adicionar novos conhecimentos, permitindo a consciencialização e facilitando a aquisição de novas habilidades e competências, tendo por objetivo criar ambientes facilitadores e promotores de uma transição saudável (Meleis *et al*, 2000).

No decorrer do estágio procurei que a minha prática de cuidados fosse orientada para a minimização do impacto negativo dos *stressores* da hospitalização, tive especial preocupação em encontrar estratégias de redução e controlo da dor na realização de procedimentos invasivos dolorosos. São as intervenções farmacológicas e não farmacológicas que permitem reduzir e controlar a dor provocada pela generalidade dos procedimentos invasivos na criança (DGS, 2012).

Nas intervenções realizadas, utilizei a distração, o brincar, a fantasia, a música e a visualização de desenhos animados, associados à aplicação transdérmica de anestésico local. No adolescente procurei realizar intervenções personalizadas através da imaginação guiada, do relaxamento muscular e exercícios respiratórios recomendados pela DGS (2012).

O controlo e a gestão diferenciada da dor deve ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde, indispensável na humanização dos serviços de saúde (Batalha, 2010). Neste contexto, pude verificar que não existe colheita prévia de história de dor da criança o que dificulta a adoção de técnicas de alívio da dor não farmacológicas no pós-operatório. As escalas de avaliação de dor utilizadas neste serviço são a FLACC – Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (utilizada até aos 4 anos de idade) e a EN - escala numérica (utilizada em crianças após os 4 anos de idade).

Considero que fazer a história de dor da criança na consulta de preparação para a cirurgia poderia ser uma mais-valia para a implementação de técnicas farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor pelos enfermeiros do serviço. Tive necessidade de aprofundar conhecimentos teóricos sobre técnicas de entrevista de modo a fazer a história de dor de acordo com a idade desenvolvimento da criança. Durante o estágio no Serviço de Internamento e Ambulatório de Pediatria, às crianças de quem cuidei fiz a história de dor e apliquei escalas de avaliação da intensidade da dor, de acordo com a idade e o nível de desenvolvimento da criança (Apêndice 13).

Pela natureza do cuidado de enfermagem, a comunicação terapêutica com a criança e família é fundamental tanto na sua dimensão cognitiva como afetiva. Como nos dizem Mafetoni, Higa & Bellini (2011, p. 859), “a comunicação é um instrumento essencial no atendimento do enfermeiro ao paciente que se encontra no período pré-operatório.”

Hockenberry in Hockenberry & Wilson (2014) referem que na comunicação com a criança e família, o enfermeiro precisa de estar atento a indicadores que transmitem

preocupação e ansiedade. O enfermeiro deve encorajar os mesmos a falar, sabendo escutar, sendo empático, o que lhe permitirá fornecer orientação antecipada, com base nas necessidades identificadas pela própria família.

Para reduzir o *stress* da hospitalização nas crianças, é importante proporcionar-lhe a oportunidade de brincar, conforme contemplado na Carta da Criança Hospitalizada (IAC, 1998), nomeadamente o direito ao jogo e atividades educativas adaptadas à idade, o favorecimento de um ambiente que corresponda às suas necessidades psicológicas e emocionais.

De forma a melhorar o cuidado à criança e família, senti necessidade de aprofundar conhecimentos teóricos sobre as técnicas de comunicação com crianças nos vários estádios de desenvolvimento assim com os medos comuns nas várias idades. Quanto às “*estratégias/técnicas de comunicação com a criança*” sintetizei algumas diretrizes que incorporo no projeto de preparação para a cirurgia que desenvolvi (Apêndice 12).

No contacto com crianças de diferentes idades, coloquei em prática conhecimentos sobre as técnicas de comunicação que facilitam o relacionamento com a criança, fiz adaptações necessárias de acordo com o nível de desenvolvimento, dei especial importância à comunicação expressiva das emoções e ao reforço positivo da imagem corporal, valorizando competências e virtudes da criança/jovem e de acordo com a sua atual condição de saúde. Várias vezes utilizei o brincar (desenhos para colorir, *Playmobil*, *puzzles*...) como forma de comunicação com a criança, o que permitiu recolher informações sobre os conceitos que a criança atribui à sua doença e hospitalização, o que me permitiu um planeamento de um cuidado personalizado.

Neste contexto assistencial, as patologias médicas mais comuns são do foro respiratório e gastrointestinal, o que requer continuidade de cuidados após alta hospitalar. Existe preocupação da equipa no envolvimento dos pais na planificação destes cuidados. Procurei garantir instrução e treino nos cuidados à criança de forma a garantir a continuidade dos cuidados pelos pais no domicílio (alimentação, higiene nasal, terapia de inalação, entre outros). Durante os cuidados procurei clarificar a criança e os pais, transmitindo-lhes informações sobre os cuidados, com linguagem adequada ao desenvolvimento tornando-os capazes de tomar decisões envolvendo-os.

Os enfermeiros desempenham um papel fundamental na preparação da criança e a família para o regresso a casa. De modo a diminuir o risco de complicações e

readmissões hospitalares, o acompanhamento da criança e família na alta surge no Serviço de Internamento de Pediatria, por meio de um telefonema de seguimento de enfermagem (Follow-up), dirigido aos pais ou cuidadores, no qual participei, o que permite à criança e família obterem um suporte personalizado, onde podem esclarecer dúvidas, receios e validar informação.

As atividades desenvolvidas possibilitaram, melhorar a comunicação com a criança e delinear estratégias a implementar e que contribuem para o ajuste de papéis em todo o processo de tratamento, fornecendo orientações antecipatórias, facilitadoras da gestão dos processos de tratamento e recuperação face à doença e cirurgia, no sentido da adoção de estratégias de adaptação.

O estágio neste contexto deu-me contributos para o planeamento da consulta de enfermagem que objetivei desenvolver, permitiu-me delinear os objetivos da consulta de preparação da criança e família para a cirurgia promovendo *empowerment* à família e valor à ação do enfermeiro em resposta às necessidades do ciclo de vida e etapa de desenvolvimento da criança e do jovem assim como às transições situacionais, de desenvolvimento e de saúde-doença.

3.2. Estágio na Consulta de enfermagem de preparação da criança para a cirurgia

A eleição da Consulta de Enfermagem de Preparação da Criança para a Cirurgia para estágio deveu-se a o facto de esta consulta ser um serviço de referência na preparação de crianças para cirurgia.

Os objetivos específicos que demarquei para este estágio foram os seguintes:

- Desenvolver competências de enfermeiro especialista na preparação da criança e família para a cirurgia programada;
- Melhorar habilidades de comunicação no atendimento à criança e família, de acordo com o estágio de desenvolvimento e características da família;
- Aprofundar conhecimentos de intervenções de enfermagem promotoras de processos de transição não traumáticos, minimizando e prevenindo complicações.

A consulta de preparação para a cirurgia caminha no sentido de responder ao que se preconiza para a assistência à criança e aos cuidados personalizados que são lembrados na carta da criança hospitalizada, aos cuidados não traumáticos, com respeito pela individualidade da criança e no respeito pelos seus direitos.

Desenvolve-se tendo em consideração procedimentos organizados e sistematizados e as intervenções procuram responder aos seguintes focos de atenção: *medo, ansiedade, dor, parentalidade e tomar conta*. Trabalhando estes focos de atenção, o enfermeiro toma consistência dos medos reais, os fatores *stressores* geradores de ansiedade e, através da colheita da história de dor da criança, promove a capacidade da família para a gerir e para mobilizar estratégias não farmacológicas de prevenção e de autocontrolo de dor, fornece apoio para a otimização do desempenho do papel parental durante todo o processo de tratamento e recuperação da criança, de forma a premunir o bem-estar emocional e o sentimento de segurança.

No decorrer deste estágio pude mobilizar indicadores que têm por base os padrões de qualidade e as boas práticas profissionais, na procura de respostas para os diferentes diagnósticos de enfermagem que podem ser identificados durante o processo de preparação da criança e família para a cirurgia. Tendo em consideração o **Quadro de referência para a construção de indicadores de qualidade e produtividade na enfermagem** da OE, identifiquei ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem que podem ser trabalhados na consulta de enfermagem de preparação da criança e família para a cirurgia e que identifiquei no projeto de atendimento que desenvolvi (Apêndice 6).

Acredito que a informação fornecida, os ganhos em conhecimento e a comunicação efetiva antes da cirurgia, permite gerir a ansiedade e possibilita a organização da vida pessoal, profissional e familiar, e favorece o equilíbrio emocional da criança perante o desconhecido e a sua adaptação ao ambiente hospitalar.

Seja qual for o padrão de transição que está a ocorrer, para lidar com as novas condições é necessário adquirir novos conhecimentos e novas habilidades. A preparação antecipada para lidar com a nova situação constitui um fator facilitador e potenciador de uma transição saudável (Meleis *et al*, 2000; Meleis, 2010). As ações de enfermagem intencionalmente implementadas para cuidar dos clientes e cuja finalidade é facilitar o ajustamento à nova condição, pela integração de novos conhecimentos e habilidades e pelo treino de novas competências.

Reforçando estes propósitos, vários estudos referem que os programas de preparação para a cirurgia devem ter como principais técnicas a transmissão de informações, a modelagem, a brincadeira lúdica, a terapia narrativa, o jogo, a distração e o relaxamento e treino dos pais. (Broering & Crepaldi, 2008; Moro & Módolo, 2004)

Participando nas consultas, tive oportunidade de me familiarizar com os vários materiais e estratégias que podem ser utilizados na preparação para a cirurgia e pude treinar algumas das técnicas mais utilizadas, como a seja a brincadeira lúdica e a modelagem como ferramenta para comunicar com a criança, leitura de histórias relacionadas com o ambiente hospitalar, como os livros “O Diogo vai ser Operado” e “A Anita no hospital”, o jogo e a dramatização que possibilitam que a criança recorra a estratégias de *coping* para lidar com a situação real.

O brincar permite não só distrair e descontraír a criança, como também permite ao enfermeiro conhecer e relacionar-se ao mesmo tempo que ajuda a criança a exprimir os seus sentimentos acerca da sua experiência. É através do brincar que a criança expressa os seus medos, desconfortos físicos, frustrações, ansiedades, a dor, através de simbolismos, fantasias e representações de experiências vividas (Tavares, 2011).

Neste contexto de estágio assumi sempre uma atitude de suporte e tranquilidade, delicadeza e amabilidade e simpatia na tentativa de conhecer o cliente, ajudar a resolver os seus problemas e aliviar o sofrimento.

Nesta consulta, é explicado todo o processo cirúrgico, colheita da história de saúde da criança, cuidados em casa, esclarecimento de dúvidas sobre a cirurgia, tempo provável de internamento, rotinas da unidade de internamento, circuito da criança dentro do hospital e bloco operatório, são mostradas fotografias e vídeos do ambiente hospitalar “A caminho da operação”. Ainda são fornecidas informações relacionadas com acompanhamento presencial de ambos os pais, as reações que podem ser esperadas da criança ao acordar após a anestesia, a importância da presença de um dos pais nesta fase e as estratégias que podem ser utilizadas para conforto.

Permitindo de forma orientada que a criança treine estratégias de confronto, é promovida a aproximação antecipatória à situação real. De acordo com a idade e estágio de desenvolvimento, é possibilitado à criança a manipulação de material hospitalar em tamanho real - penso, sistema de soro, máscara de anestesia, touca, compressas..., pois a sua manipulação torna os objetos conhecidos, transmite segurança e diminui o medo e a ansiedade relacionados com a cirurgia. É também proporcionada a dramatização da situação e o jogo através do uso de material lúdico que simula a situação de cuidados e o bloco operatório - *Playmobil* ®.

A preparação para a cirurgia dos pais do RN ou lactente pode ajudar os pais a cuidar do seu filho, diminuindo os níveis de *stress* de ambos. Porque a principal fonte de *stress* nesta idade é a separação dos pais, existe a preocupação em incentiva-los a permanecer junto dos seus filhos. Informa-se os pais que podem trazer o objetos de transição e conforto da criança para o hospital, como por exemplo um cobertor, chupeta, boneco favorito, pois ajuda a criança a enfrentar questões relacionadas com a mudança de ambiente e rotinas diárias.

Nos *toddlers*, o uso de palavras simples, a manipulação do material hospitalar, como por exemplo a manga de tensão arterial pode igualmente trazer benefícios, como confiança e cooperação.

As crianças em idade pré-escolar possuem grandes habilidades verbais e raciocínio fantasioso, mostrando-se importante que o enfermeiro escolha as palavras a utilizar para não ser mal interpretado. Na comunicação com a criança nesta idade é importante que o enfermeiro fique sentado ao nível dos olhos da criança e utilize expressões como “ar ou cheiro para dormir” para explicar a anestesia, “eu sei que tu tens tido dores de garganta muitas vezes”, para explicar a cirurgia e as partes do corpo envolvidas (Panella, 2016).

As crianças em idade escolar são capazes de compreender os conceitos de doença e do procedimento cirúrgico. Uma forma de iniciar a comunicação com a criança pode passar simplesmente por dirigir as perguntas à criança, por exemplo “sabes porque é que estás aqui hoje?”. Podem ser usados desenhos ou livros de anatomia para explicar de forma mais precisa as partes do corpo envolvidas, adaptando os termos à idade e compreensão da criança, como por exemplo “o abdómen”, é simplesmente “a barriga”.

O adolescente teme com frequência a perda de autocontrolo e autonomia e por isso pode reagir negativamente a todo o processo de tratamento. É importante dirigir a comunicação principalmente ao adolescente, fornecer as explicações acerca da cirurgia a tratamentos a que irão ser submetidos, desmistificar medos relacionados com a alteração da imagem corporal, favorecer as relações com os pares através da disponibilização do telemóvel, videojogos e garantir a sua privacidade.

Tendo presente os princípios dos cuidados não traumáticos, pode colaborar e treinar a utilização das escalas de autoavaliação da dor disponíveis no serviço, através das quais é realizada a colheita de história da dor da criança, pois a gestão da dor operatória eficaz começa no período pré-operatório, o que corrobora com o

recomendado por Batalha (2010) defende que deve haver ensino prévio à criança sobre a aplicação da escala de autoavaliação numa situação reconhecidamente de não dor ou *stress*.

As escalas de autoavaliação da dor utilizadas na consulta, para colheita de história de dor na criança são a escala de Faces de Wong-Baker (utilizada em crianças a partir dos 4 anos de idade) e a EN - escala numérica (utilizada em crianças com idades a partir dos 7-8 anos). A autoavaliação da dor requer treino, para garantir que a criança compreenda as explicações do funcionamento da escala e interiorize que existem medidas farmacológicas e não farmacológicas para minimizar ou eliminar a dor. Durante o estágio utilizei escalas de avaliação da dor de acordo com a idade da criança e o seu nível de desenvolvimento cognitivo. Questionei as crianças relativamente às suas experiências de dor, relacionadas com cirurgias anteriores, vacinas, quedas, colheita de sangue e outras.

Tendo a preocupação de permitir a continuidade de cuidados relacionados com a e gestão da dor, documentei todo o processo de atendimento realizado durante a consulta de preparação para a cirurgia da criança e família. De forma a facilitar as intervenções antecipadas do enfermeiro ao longo de todo o processo de preparação, tratamento e recuperação, tive preocupação em construir um Layout de registos de enfermagem a implementar na Consulta de Enfermagem de Preparação da Criança e família para a Cirurgia Programada, que poderá ser alvo de aperfeiçoamento futuro (Apêndice 7).

Para complementar a informação fornecida, elaborei folhetos informativos a ser fornecido à criança e família no final da consulta de preparação para a cirurgia. Estes contêm informação relevante de suporte relacionada com os cuidados na véspera da intervenção, cuidados de higiene, jejum pré-operatório, o circuito da criança no dia da cirurgia, a roupa e objetos que a criança pode trazer para o hospital, a importância do uso do seu pijama e chucha ou brinquedo favorito (Apêndice 17 e 18).

Durante o estágio neste contexto elaborei um quadro resumo sobre os “*Medos comuns na Criança/Jovem de acordo com o estágio de desenvolvimento*” que integrei no projeto de atendimento que construí (Apêndice 10) e que me ajuda a identificar e relacionar algumas reações por parte da criança face ao processo de transição que está a vivenciar. Permite planear as intervenções adequadas para preparar a criança para a cirurgia, de acordo com a idade da criança, o nível de desenvolvimento de

modo a diminuir o medo e a ansiedade face ao desconhecido, e os seus medos reais ou potenciais (Apêndice 11).

Ao longo do ciclo vital e de acordo com as diferentes fases do desenvolvimento da criança, as respostas envolvidas nas transições geradas pelos processos do desenvolvimento exigem adaptações, que pressupõem a capacitação para enfrentar a mudança. A transição desenvolvimental está associada a eventos de desenvolvimento, que podem ocorrer em simultâneo com transição de saúde-doença e podem estar relacionadas ou não relacionadas. São exemplos deste tipo de transição a passagem da idade escolar à adolescência, o que pode condicionar potenciais problemas de saúde (Meleis *et al*, 2000).

Tal como preconizado no Guia Orientador de Boa Prática: Diminuir o Medo da Cirurgia da MCEESIP da Ordem dos Enfermeiros, (OE, 2011a) terá que ser tido em atenção ao período de tempo que medeia a preparação e a cirurgia, a duração da sessão, o local e a comunicação utilizada, pois para além do estágio de desenvolvimento da criança, o seu pensamento fantasioso deve ser tido em consideração. Procurei que o atendimento da criança com idade inferior a 5 anos fosse realizado 1 a 2 dias antes da cirurgia, de modo a evitar o estabelecimento de conceitos e representações fantasiosas e desproporcionada sobre a doença e cirurgia ou eventualmente fóbica. Na criança com mais de 5 anos de idade procurei que esta fosse preparada 5 a 10 dias antes e na criança com idade superior a 12 anos a preparação foi feita desde o início do processo de decisão cirúrgica⁵.

A consulta de preparação da criança foi adaptada à capacidade cognitiva de atenção da criança. Segundo o Guia Orientador de Boas Práticas: Diminuir o Medo da Cirurgia da MCEESIP (OE, 2011a) a sessão deve ser de 10 a 15 minutos no caso da criança em idade pré-escolar e 20 minutos na criança em idade escolar. As consultas foram realizadas numa área neutra, livre de ameaças em regime de ambulatório numa sala preparada especialmente para o efeito.

A consulta de enfermagem no período que antecede a cirurgia constitui-se como uma ferramenta muito importante, para diminuir a ansiedade tanto da criança como

⁵ Até aos 3 anos, a compreensão limita-se ao concreto e palpável e a criança toma conhecimento de si, do seu mundo e dos objetos que a rodeiam através dos sentidos. Antes dos 5 anos, a criança é incapaz de dar uma definição, um conceito. Ela apenas repete as palavras que lhe foram ditas. Entre os 5 e os 8 anos já define e interpreta as coisas com base na sua utilidade. Entre os 9 e 11 anos já consegue dar sinónimos e classificar, isto é, é capaz de conceituar os objetos. Ao redor dos 12 anos, atinge a lógica do pensamento adulto, sendo, portanto, capaz de formar um conceito acerca de objetos, de realizar abstrações e de fazer deduções a partir das relações entre esses conceitos abstratos”(Neira Huerta, 1996 citado por OE, 2011a, p.23).

dos seus pais. Neste momento tive a oportunidade de explicar como seria realizado o procedimento cirúrgico, quais os cuidados necessários com a criança antes da realização da cirurgia, realizei a colheita da história de saúde da criança, a história de dor e também a história de saúde familiar. Estimulei os pais a expressar seus sentimentos e, através do diálogo, pude identificar o nível de informação a respeito do procedimento a ser realizado, esclareci possíveis dúvidas a fim de amenizar medos, angústias, ansiedade e insegurança, como recomenda (Sampaio *et al*,2014).

Nesta consulta, é reconhecida a importância da avaliação da satisfação do cliente em relação às práticas de enfermagem. Assim, anualmente é feita a avaliação desta consulta a de atendimento, através de um questionário de satisfação aplicado aos pais das crianças que recorrem pela 1ª vez à Consulta de Enfermagem de Preparação para a cirurgia. Este processo de avaliação contribui para o planejamento de uma assistência de enfermagem individualizada de qualidade, conforme preconizado pelo RPQCEESCJ.

3.3. Estágio na Unidade de Cuidados de Saúde Primários

A importância da realização deste estágio em contexto de uma USF, prende-se com o fato de se tratar de um contexto comunitário, onde o enfermeiro presta cuidados de saúde primários personalizados a uma população muito heterogênea, com culturas e crenças diversificadas, ao longo das várias etapas do ciclo de vida, que investe no futuro da saúde da população dando importância primordial à prevenção e promoção da saúde.

Os **objetivos específicos** que demarquei para este estágio foram os seguintes:

- Aprofundar conhecimentos no âmbito da avaliação do desenvolvimento infantil.
- Promover o crescimento e o desenvolvimento da criança/jovem nos processos de transição e adaptação, conducente à maximização da sua saúde;

A metodologia de trabalho na USF é baseada no modelo de *Enfermeiro de Família*, que assenta em pressupostos que consideram as necessidades das famílias como um todo e não apenas como as necessidades individuais.

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, ações carinhosas e as suas consequências." O enfermeiro de família

atua a nível holístico no seio do sistema familiar, reunindo esforços para alcançar os melhores níveis de saúde do sistema, o que exige do enfermeiro sensibilidade, intencionalidade e persistência no desempenho das suas ações.

A prestação de cuidados de enfermagem à criança e família compromete o enfermeiro a investir a sua atuação ao nível do planeamento da promoção da saúde, valorizando cuidados antecipatórios como meio de munir o sistema familiar dos conhecimentos necessários à promoção da saúde e prevenção de doença.

No decorrer do estágio, senti necessidade de dar continuidade à aquisição e atualização de conhecimentos teóricos sobre as características da criança nos vários estádios de desenvolvimento ao nível cognitivo e psicossocial (Apêndice 8 e 9).

O Desenvolvimento da criança, segundo a CIPE refere-se, ao “crescimento e desenvolvimento físico, mental e social progressivos, desde o nascimento e durante toda a infância” (ICN, 2011, p. 47). O desenvolvimento infantil é visto como um processo dinâmico e contínuo e a velocidade com que se passa de um estágio para outro varia de criança para criança, o que conseqüentemente influenciará também o aparecimento de novas aquisições (DGS, 2013). Para Brazelton (2002) a criança, estabelece as bases para o seu desenvolvimento, pois apresenta maior plasticidade e resiliência para responder aos estímulos que recebe e para se adaptar aos fatores que possam influenciar o seu desenvolvimento.

Segundo Jean Piaget, o processo de desenvolvimento é afetado de várias formas mediante das experiências ambientais da criança, tendo lugar em estádios distintos, ainda que inter-relacionados. O desenvolvimento adequado pressupõe uma interação entre fatores genéticos e fatores ambientais. (Castelo & Fernandes, 2009).

De forma a maximizar e potencializar as ações de promoção de saúde em Portugal, o atual PNSIJ prevê a calendarização de consultas em idades-chave a que correspondem acontecimentos importantes na vida da criança em termos do seu desenvolvimento físico e psicomotor, sendo a consulta de enfermagem de saúde infantil e juvenil, destinada à vigilância, manutenção e promoção da saúde da criança e do jovem, desde o nascimento até ao final da adolescência.

A Visitação Domiciliária ao recém-nascido é feita pelo enfermeiro de família, preferencialmente até ao 15 dia de vida da criança. Nesta procura realizar um conjunto de intervenções de promoção de saúde para a criança, mãe e família. Esta visita permite ao enfermeiro avaliar as condições ambientais e físicas em que vive a família, permite atuar de acordo com as necessidades identificadas e transmitir orientações

antecipatórias visando a maximização do potencial de desenvolvimento. Nesta visita realiza-se também o “*Teste de Diagnóstico Precoce*” - PKU-TSH, evitando a deslocação do recém-nascido à USF numa fase inicial de organização do ambiente familiar.

Sabe-se que as vias necessárias para a modulação e a inibição da dor no RN são ainda imaturas ao nascimento, a exposição a estímulo doloroso não é acompanhada de inibição endógena eficiente da dor, pelo que o RN é mais vulnerável à sensação dolorosa. Neste local de estágio, tive a oportunidade de participar na administração de vacinas e na realização do “*Teste de Diagnóstico Precoce*”, tendo constatado que não era utilizada nenhuma medida para alívio da dor aguda durante estes procedimentos.

Sendo o controlo eficaz da dor um indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem, com o objetivo de prevenir e minimizar a dor aguda na criança quando submetida a procedimentos dolorosos, mostrou-se pertinente, a elaboração de uma norma de procedimento de enfermagem que permitisse uniformizar as práticas dos enfermeiros desta USF durante as práticas de vacinação. Assim foi elaborada uma norma de procedimento para a “*Administração de Sacarose a 24% ou Glicose a 30% via oral associada à sucção não nutritiva na criança com menos de 6 meses de idade como medida de controlo da dor*” (Apêndice 3). A administração da solução de sacarose oral a 24% enquadra-se nas intervenções não farmacológicas e pode alterar as variáveis fisiológicas e comportamentais de dor no RN e lactentes sujeitos a procedimentos dolorosos. A utilização de Sacarose a 24% ou de Glicose a 30% via oral, associada à sucção não nutritiva, tem por objetivo eliminar a dor provocada pelos procedimentos invasivos que provocam dor. O efeito analgésico que é possivelmente mediado pela secreção de morfina endógena inibe a hiperatividade e modela o desconforto, facilitado a organização neurológica e emocional da criança (DGS, 2012; Kassab *et al*, 2012; Yilmaz *et al*, 2014; OE, 2013; Schecher *et al*, 2007; Pédiadol, 2013; Walter, 2010).

Na realização do “*Teste de Diagnóstico Precoce*”, embora houvesse a preocupação por parte das enfermeiras em promover a presença e proximidade da mãe junto do RN, verifiquei que não utilizavam outras técnicas de conforto e alívio da dor. Neste contexto promovi a amamentação como estratégia não farmacológica de controlo da dor no RN, alertando os enfermeiros para as vantagens advindas da utilização desta técnica.

Os comportamentos manifestados pelas crianças durante a vacinação, tais como o choro, os gritos ou a necessidade de contenção física durante a prática de administração da vacina, são geradores de *stress* nos profissionais e nos próprios pais da criança que se podem manifestar ansiosos por não conseguirem ajudar o seu filho a lidar com a situação de desconforto (Pedro, Barros, & Moleiro, 2010). De modo a prevenir e tratar a dor decorrente de intervenções de enfermagem e de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, utilizei intervenções não farmacológicas em complementaridade com as farmacológicas de acordo com as recomendações da OE (2008).

Dentro das técnicas não farmacológicas de alívio da dor aplicadas, destacam-se: ambiente confortável, musicoterapia, mediação da leitura, atividades lúdicas, brinquedo terapêutico, presença dos pais e contacto cutâneo com a mãe. Recordo as situações em contexto de vacinação em que foi negociada a possibilidade de opção à criança, sobre qual o “braço que será vacinado primeiro”, a posição “sentado ou deitado”, “o colo do pai ou da mãe” (dos 3 aos 5 anos de idade), a importância da visualização de vídeos do agrado da criança para distração (sobretudo em crianças com idades compreendidas entre os 2 e o 5 anos) e do reforço positivo pela entrega de medalhas de “coragem” e “bom comportamento”.

A observação participativa nas consultas de saúde infantil, permitiu-me avaliar o crescimento e desenvolvimento, promover a imunização assegurando o cumprimento do Programa Nacional de Vacinação, estimular comportamentos promotores de saúde relacionados com a alimentação, prática desportiva, prática de laser/brincar, sono/repouso, promover a saúde oral, gestão de *stress* potencial, prevenção de acidentes e intoxicações, adoção de medidas de segurança como o uso de cadeiras-auto apropriadas ao peso e idade da criança (a diversidade na oferta de produtos mostra-se muitas vezes uma dificuldade na escolha), vivência da sexualidade, prevenção de consumos nocivos, avaliar a dinâmica familiar e detetar potenciais situações de risco. O uso de linguagem adequada à idade e ao desenvolvimento da criança, o esclarecimento prévio e a permissão para o envolvimento nos procedimentos permite obter maior cooperação das crianças. Cada um dos estádios de desenvolvimento da criança é considerado um potencial ponto de viragem, determinando um desenvolvimento saudável ou um desenvolvimento patológico. A adequação com que é resolvida cada crise é um especto essencial, pois o processo

de crescimento saudável envolve a procura do equilíbrio, através da resolução positiva de uma crise.

Procurei em conformidade com a atuação da enfermeira de família, especialista em saúde infantil e pediatria, esclarecer dúvidas e preparar os pais e o adolescente para eventuais problemas que possam surgir. Dei orientações antecipatórias que servissem de suporte efetivo aos pais para o desempenho da parentalidade, capacitando-os a descobrir e valorizar as potencialidades da criança de acordo com a etapa de desenvolvimento.

Tendo presente que ao longo do ciclo vital, ocorrem mudanças que levam à aquisição de novas competências, responsabilidades e papéis. Estas transições desenvolvimentais compreendem processos de maturação ao longo das várias etapas de desenvolvimento.

O adolescente encontra-se numa transição desenvolvimental, em que se vê palco de transformações físicas e lhe impõe a construção da identidade, entre muitos outros desafios. A construção da identidade pessoal é a principal crise normativa da adolescência, em que este tenta adaptar o sentido do eu às mudanças físicas da puberdade, além de desenvolver uma identidade sexual madura, procurar novos valores e fazer uma escolha ocupacional. A estas transições desenvolvimentais podem estar associadas problemas de saúde (psíquicos ou físicos), com problemas associados comportamentos de risco - consumo de substâncias, gravidez, doenças sexualmente transmissíveis, entre outros. É necessário considerar os fatores que medeiam os processos de transição, ou seja, os fatores individuais, os ambientais e as terapêuticas de enfermagem que incluem as ações de promoção da saúde, as ações preventivas à transição, e as estratégias de intervenção quando o evento já ocorreu ou está em andamento (Meleis, 1997; Meleis, 2007).

Nas consultas do adolescente procurei estabelecer uma relação de empatia com os mesmos, dando espaço à expressão das emoções, sabendo ouvir, e ao mesmo tempo, procurei utilizar estratégias de comunicação adequadas, como a assertividade.

Segundo Mary Sheridan (2008), o desenvolvimento infantil é um processo dinâmico através do qual uma criança aprende a reagir às sensações, passando da dependência dos cuidados de terceiros, para respostas de forma planeada, organizada e independente. Este processo não se limita a analisar a maturação neurológica, mas também de forma positiva ou negativa, as interações entre influências mentais biológicas e ambientais. Compreender a sua influência no

desenvolvimento é necessário para perceber os problemas que lhes estão associados e planear as intervenções.

Pude treinar as consultas de saúde infantil, a utilização da escala de avaliação do desenvolvimento de Mary Sheridan, que avalia o desenvolvimento psicomotor da criança das 4-6 semanas de vida até aos cinco anos de idade, em quatro aspetos fundamentais: postura e motricidade global; visão e motricidade fina; audição e linguagem; e comportamento e adaptação social.

É fundamental conhecer o que é considerado normal, uma vez que as crianças podem diferir largamente quanto aos aspetos do desenvolvimento. A pesquisa de sinais de alarme no desenvolvimento em cada idade chave faz parte da vigilância em saúde infantil, de modo a que sejam detetadas alterações significativas o mais precocemente possível e feita, se necessário, a sua referenciação para uma consulta especializada.

A imigração constitui hoje em dia um fenómeno com proporções elevadas em Portugal que pode ser motivada por fatores ambientais, económicos, políticos, religiosos e de procura de melhores cuidados de saúde. Estes grupos vivem frequentemente em situações de exclusão e de grande vulnerabilidade, e são uma realidade na população que esta UFS atende, sendo fundamental conhecer as práticas culturais de modo a compreender a forma de funcionamento das famílias imigrantes e planear estratégias que conduzam à plena integração na sociedade, pois como refere Leininger (1990), as grandes diferenças culturais, têm consequências morais e éticas, que os enfermeiros devem conhecer, para que possam cuidar de pessoas de diferentes culturas. Na minha prática, preocupei-me em prestar cuidados culturalmente competentes.

A intervenção do enfermeiro à família permite também a deteção precoce de crianças e jovens em risco para os Núcleos de Apoio de Crianças e Jovens em Risco (NACJR), de forma a 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 encaminhamento dos casos identificados.

Existem situações que são de extrema complexidade dada a necessidade de olhar as partes que formam o todo para compreender como se relacionam. Estas situações pressupõem uma visão sistémica e uma intervenção individualizada em que

o EEESCJ tem o dever de atuar mobilizando recursos e adequando estratégias de intervenção acordo com as necessidades da criança, do jovem e família.

As ações e ensinamentos de enfermagem foram realizados de forma individualizada, dependendo da cultura, da situação habitacional e socioeconómica das famílias. Procurei fazer uso de uma linguagem clara e de acordo com o nível de compreensão da família, observar o meio ambiente e as reações do agregado familiar face aos problemas existentes, mantendo contacto discreto e empático.

Importa pois desenvolver terapêuticas de enfermagem facilitadoras de transições saudáveis, que permitam aumentar a consciencialização e o envolvimento, promover a preparação antecipatória e facilitar a aquisição de conhecimentos e habilidades; identificar os significados, as crenças e as atitudes pessoais e sociais associadas às transições; e identificar pontos e acontecimentos críticos chave (Meleis *et al*, 1994; Meleis *et al*, 2000).

3.4. Estágio na Unidade de Cuidados Especiais Neonatais

A UCEN onde realizei estágio é um serviço que presta cuidados um número elevado de RN de risco e que combina tecnologia avançada e diferenciada com profissionais de saúde treinados e especializados na prestação dos cuidados ao RN prematuro ou doente.

Os **objetivos específicos** que demarqueei para este estágio foram os seguintes:

- Desenvolver a capacidade de comunicação com O RN e família de acordo com o desenvolvimento físico e neurológico da criança e características da família;
- Aprofundar conhecimentos na prestação de cuidados de enfermagem de qualidade ao RN prematuro família;
- Promover a vinculação e a adaptação à parentalidade, favorecendo o crescimento e o desenvolvimento infantil em situações de especial complexidade

Pela sua situação de saúde, as crianças internadas numa UCEN, necessitam de cuidados de enfermagem que envolvem grande complexidade, pois são crianças com necessidades especiais, em situação de risco ou especialmente vulneráveis. Durante o estágio nesta unidade, pela complexidade de cuidados que ali se prestam adotei uma atitude sobretudo de observação participante nos cuidados ao RN e família.

O RN prematuro exige diversos cuidados especiais para que o seu desenvolvimento não seja prejudicado. Um bebê prematuro pode desenvolver várias

complicações, tais como dificuldades respiratórias, hemorragia intracraniana, infecções, alterações na regulação térmica, dificuldade na alimentação, entre outros problemas que podem afetar negativamente o desenvolvimento cerebral.

Nesta unidade, o enfermeiro especialista deverá ter ser detentor de competências que lhe facilitem oportunamente a mobilização de recursos, para cuidar da criança/jovem e família em situações de particular exigência, decorrente da sua complexidade.

A complexidade direciona a um tipo de pensamento que não separa, mas une e busca as relações necessárias e interdependentes de todos os intervenientes dos processos. O pensamento complexo, na perspectiva interdisciplinar, aspira ao conhecimento multidimensional no sentido de mobilizar um conjunto de recursos cognitivos para solucionar com pertinência e eficácia as situações. A abordagem de situações complexas e o pensamento complexo mostra-se cada vez mais um contributo para o desenvolvimento da profissão e de competências do enfermeiro, pela necessidade da compreensão e resolução das diversas problemáticas que se apresentam. A vivência de situações complexas de mau prognóstico na UCEN foram fundamentais para estimular a reflexão sobre aspetos éticos, relacionados com o papel da enfermagem na promoção da esperança realista.

O método de trabalho adotado nesta unidade é o método de “enfermeiro de referência ou enfermeiro responsável”, o que se mostra uma mais-valia no processo e preparação do regresso da criança/família a casa, permitindo identificar necessidades e podendo prever a participação efetiva nos cuidados e a negociação desde a admissão até à alta.

Meleis *et al* (2000) referem que a transição para a parentalidade pode enquadrar-se no tipo desenvolvimental e situacional. Pode estar relacionada com a necessidade de adaptação aos diferentes estádios desenvolvimentais da criança, ou pode surgir da necessidade de lidar com eventos e situações críticos como o nascimento de um criança prematura ou doente, que exigem a redefinição de prioridades, o domínio de novas competências, a mudança de papéis, redefinição da identidade parental e reestruturação de rotinas de vida.

Relativamente às condições facilitadoras e inibidoras, estas prendem-se com as condições pessoais e os recursos sociais e da comunidade. As características dos pais, as características da criança, o tipo de relação do casal, a partilha de tarefas

entre o casal e as crenças culturais são condições pessoais que influenciam a adaptação à parentalidade.

Conforme referenciado no Guia Orientador de Boa Prática: *Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*, o enfermeiro tem o dever de incluir os pais nos cuidados a prestar à criança, avaliar a capacidade de adaptação ao exercício da parentalidade de acordo com a nova situação familiar. Sendo que, uma parentalidade “suficientemente boa” durante os primeiros anos de vida é primordial para a promoção da saúde da criança, sentimento de segurança e autoestima. O amor, o cuidado, a gestão dos limites comportamentais, o controle das relações externas e a estimulação rica e variada durante a primeira infância facilita a promoção do desenvolvimento adequado da criança (OE, 2015).

A prematuridade, a doença e a hospitalização são acontecimentos inesperados, que causam dor e sofrimento e podem dificultar a adaptação à parentalidade, trazendo riscos associados, pelo facto da família não saber como agir perante um novo acontecimento, sentindo-se inseguras e incapazes.

A indefinição dos pais relativamente ao que podem ou não fazer e o que os profissionais esperam que elas façam, implica muitas vezes uma crise de identidade parental, pelo que foi com agrado que pude colaborar no projeto “*Promoção da Parentalidade na UCEN*”, a decorrer no serviço. Participar neste projeto ajudou-me a mobilizar conhecimentos e a desenvolver competências para a prestação de cuidados à criança gravemente doente e família. Através a formação contínua dos pais, este projeto tem como principais objetivos: uniformizar os cuidados prestados pela equipa multidisciplinar no que concerne ao desenvolvimento de competências parentais; promover a parceria de cuidados entre a equipa e a família do RN; capacitar os pais no desempenho da parentalidade positiva após a alta hospitalar, e promover a esperança realista. Este projeto dá especial relevância aos aspetos relacionados com os cuidados com a alimentação (alimentação por tetina e amamentação, técnica das mamadas, progressão ponderal, armazenamento de leite materno ou artificial, técnica de eructação...), cuidados de higiene e alterações tegumentares no RN (técnica do banho, cuidados com a pele, produtos de higiene, vestuário, padrão de eliminação vesical e intestinal...), segurança e situações de alerta/urgência (posicionamento e transporte do RN, prevenção de acidentes, gestão de visitas e saídas do RN, sinais de dificuldade respiratória, alterações da temperatura corporal, vômitos, recusa alimentar...), desenvolvimento infantil e sono/repouso (método canguru,

posicionamento/alinhamento corporal do RN...), medidas de controlo de infeção e prevenção de doenças (lavagem das mãos, gestão de visitas...), e vigilância de saúde (inscrição no centro de saúde, Plano Nacional de Vacinação, acompanhamento nas consultas de especialidade de pediatria...).

O acompanhamento da família, o esclarecimento de dúvidas, as orientações antecipatórias e todas as atividades promotoras da parentalidade, bem como da valorização das competências dos pais e RN, facilitam o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN com necessidades de saúde especiais.

Ao colaborar neste projeto, pude atualizar conhecimentos que me proporcionam aumento da confiança para cuidar de crianças gravemente doentes. Também me sensibilizou para os fatores que minimizam de alguma forma o ambiente hostil de uma UCEN, quer pela agressividade das técnicas e procedimentos invasivos a que a criança é submetida, quer pela privação afetiva a que está sujeito devido ao *stress* dos profissionais, família e o próprio RN.

Na comunicação com o RN destacam-se cinco sistemas que se coordenam entre si e através dos quais a comunicação com o RN é possível. O sistema fisiológico, o sistema motor, o sistema autorregulador, o estado de consciência, e o nível de atenção, dão-nos indicações importantes para os modos de interação individuais com o RN. Utilizar o comportamento do RN como forma de comunicação é importante para identificar o desenvolvimento das suas habilidades, reconhecer a sua capacidade de se ajustar ou se autorregular em resposta ao *stress*.

Na prestação de cuidados ao RN, houve preocupação na adoção de medidas de conforto que respeitam o sono do RN, como a execução de diversas intervenções de enfermagem num mesmo momento de cuidado para diminuir o *stress* e a preocupação com a redução dos ruídos e luminosidade na unidade.

Elucidar os pais da importância da interação com o RN, através das alterações fisiológicas como expressões faciais, choro, movimento corporal e da importância do toque durante a prestação de cuidados, são atividades muito importantes para aumentar a confiança dos pais e o desenvolvimento do RN. O toque favorece a interação, estimula o desenvolvimento cerebral, diminui o *stress* e promove o relaxamento/organização do RN, sendo as zonas mais sensíveis a boca, as mãos e os pés.

Na Unidade de Cuidados Especiais Neonatais as intervenções não farmacológicas mais utilizadas foram a promoção da amamentação e da sucção não

nutritiva, a contenção e o posicionamento do RN e a presença dos pais. Pode treinar a utilização do Método de Canguru como intervenção que promove a vinculação, favorece o crescimento e desenvolvimento da criança e opera como medida de intervenção não farmacológica uma vez que reduz significativamente o choro, controla a frequência cardíaca e a reatividade comportamental do RN.

Sempre que possível os procedimentos foram realizados por dois intervenientes (um profissional e um dos pais, ou dois profissionais) sendo que um deles promove a contenção do RN e o outro o procedimento. Este procedimento vai ao encontro da evidência que refere que “os profissionais devem atuar em conjunto durante os procedimentos, tomando precauções de deixar uma pessoa oferecendo suporte contínuo (contenção) ao RN (podendo ser o pai ou a mãe), e desde que devidamente orientados a serem cautelosos durante os cuidados, e a manterem todas as interações, dentro da tolerância do RN” (Cordeiro & Costa, 2014, p.191).

O cuidar do RN de alto risco implica a necessidade de uma constante atualização científica, o que vai ao encontro dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001), que remetem para a necessidade de formação contínua, no caminho da Excelência dos Cuidados.

3.5. Estágio no Atendimento Médico Permanente de Pediatria

A opção de estágio no Serviço de Atendimento Médico Permanente Pediátrico mostra-se relevante, por ser um serviço que se articula com os diferentes serviços de assistência à criança. É um serviço que recebe crianças de diferentes idades e com diversas situações de doença, aguda e crónica em situação de urgência.

Os **objetivos específicos** que determinei para este estágio foram os seguintes:

- Aumentar habilidades relacionais e de comunicação no atendimento à criança e família, de acordo com o estágio de desenvolvimento e características da família;
- Desenvolver competências para a assistência de enfermagem à criança/família em situação de doença aguda e urgência/emergência;
- Aprofundar conhecimentos sobre o uso de estratégias farmacológicas e não farmacológicas de prevenção e alívio da dor aguda na criança/jovem em situação de urgência.

Durante o estágio no serviço de urgência, pude participar na dinâmica do serviço e cuidados à criança nos diversos locais de prestação de cuidados, sala de triagem, sala de tratamentos e serviço de observação (SO), o que me proporcionou diferentes

oportunidades de aprendizagem. O cuidado de enfermagem no serviço de urgência, requer o despiste de sinais e sintomas de alerta, o diagnóstico precoce que permita antecipar cuidados, estabelecer prioridades e agir em situações imprevistas, urgentes e emergentes.

Pude verificar que os pais de uma criança em situação de doença aguda, chega muitas vezes ao serviço de urgência com sentimentos de ansiedade, *stress* e alguma culpa pela situação de saúde atual do seu filho, sentimentos aos quais o enfermeiro deve estar atento e dar resposta, no sentido beneficiar o bem-estar da criança doente.

Para Hockenberry & Wilson (2014), a admissão a um serviço de urgência é uma das experiências mais traumáticas para a criança e para os seus pais, pois o início repentino de uma doença ou lesão não deixa tempo para preparações e requer ajustamentos no sistema familiar. Sempre que possível foi realizado acolhimento da criança/família num ambiente calmo e acolhedor, dando especial importância à comunicação e à transmissão de informação ajustada e à segurança da criança, tanto em sala de triagem como em sala de tratamentos ou SO, na tentativa de prevenir comportamentos não adaptativos e promovendo o tratamento e recuperação da criança.

Tive a possibilidade de treinar a comunicação com a criança e família nas várias etapas de desenvolvimento da criança, como ferramenta facilitadora do processo de cuidar, pois a comunicação é uma competência essencial no desempenho da profissão de enfermagem, sendo um fator determinante na relação de ajuda e um indicador de qualidade dos cuidados prestados em pediatria. Pela pesquisa bibliográfica que realizei durante o estágio, pude verificar que existem diversos estudos que procuram estudar a importância da utilização de estratégias de comunicação apropriadas e adaptadas à idade da criança, como forma de favorecer o relacionamento terapêutico do enfermeiro com a criança e família

Segundo Teixeira, Braga & Esteves (2004, p.187), “competência comunicativa é o mais valorizado na abordagem à criança”. Os mesmos autores defendem que a enfermagem pediátrica tem por objetivo, promover a saúde e o melhor desenvolvimento da criança em qualquer fase da sua vida pelo que, os enfermeiros necessitam de compreender as crianças e as suas formas de se relacionar.

A comunicação efetiva possibilita envolvimento seguro, tranquilo e compreensivo, pelo que todas as formas de comunicação com a criança e família

devem ser valorizadas na construção de seu relacionamento terapêutico e de confiança.

O estudo realizado por Martinez, Tocantins & Souza (2013), identificou várias formas de comunicação do enfermeiro com a criança, a linguagem falada, a linguagem comportamental e a atitude do profissional ou seja a fala, o toque e o contacto físico, o olhar, os gestos, a brincadeira, a atitude e atenção do enfermeiro e as ações de cuidar. Como elementos que influenciam a comunicação foram identificados, a dinâmica do serviço, as características individuais da criança, tecnologia utilizada pela criança, comportamento da criança e a família.

A preparação da criança e o envolvimento da família para os procedimentos dolorosos revela-se substancial para a promoção e a criação ou consolidação dos mecanismos e *coping*, diminuindo o medo e a ansiedade. Este estágio permitiu-se aprofundar conhecimentos sobre o uso de estratégias farmacológicas e não farmacológicas de prevenção e alívio da dor aguda. A combinação de técnicas não farmacológicas e farmacológica de prevenção e controlo da dor mostra-se muitas vezes essencial, durante os procedimentos potencialmente dolorosos tão frequente em urgência. A utilização da administração oral de sacarose 24%, associado à sucção não nutritiva no ao RN e latente, a presença dos pais ou cuidadores, o contacto físico, a permanência no colo dos pais, a utilização de creme anestésico local, a música ambiente, as técnicas de distração e brincadeira foram estratégias que utilizei para ajudar a criança no controlo da dor.

Na triagem o enfermeiro gere a sua atividade segundo um modelo próprio que procura assegurar que os clientes tenham a assistência devida de acordo com a prioridade de saúde. Com o apoio da enfermeira orientadora participei na avaliação da situação de saúde de algumas crianças na sala de triagem, treinei a entrevista à criança/pais, em situação de urgência, utilizando comunicação apropriada, avaliando e valorizando as queixas da criança e a presença de sinais e sintomas que permitem estabelecer prioridades no cuidado. Prestei cuidados em sala de tratamentos e em SO, tendo ficado sensibilizada para o grau de exigência e competência que este serviço requer, tendo pela responsabilidade como pela capacidade de mobilizar eficazmente os conhecimentos técnico-científicos da profissão sobre as doenças comuns às várias idades e as respostas apropriadas de enfermagem.

A gestão emocional, no AMP nem sempre é um processo simples, recordo algumas situações em contexto da sala de tratamentos, em que para procedimentos

não emergentes, a sua execução é apressada por condicionantes como o tempo de espera das restantes crianças, o que leva à não preparação e consequente não cooperação da criança.

No cuidado à criança e pais, procurei manter uma atitude calma e disponível, de escuta, utilizar um tom de voz baixo, falar lentamente, procurar criar um ambiente de tranquilidade e de aceitação, pois a comunicação que se estabelece através do diálogo e das mensagens não-verbais é primordial, para que sentimentos como a culpa, o medo e o sofrimento vivenciados pela criança e família sejam reduzidos.

Foram realizados ensinamentos sempre que oportunos em caso de situações não urgentes, sobre os cuidados em casa, os sinais de alerta e a orientação sobre os recursos de saúde existentes na comunidade.

Nesta linha de pensamento, procurei garantir direito à participação, tempo e espaço para utilizar técnicas de distração durante a execução de procedimentos potencialmente dolorosos como a visualização de vídeos no telemóvel, utilização de estratégias de autocontrolo como o respirar profundamente como recomendam os autores (Algren in Hockenberry & Wilson, 2014).

4. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Inerente ao percurso de desenvolvimento surgem um conjunto de competências gerais e específicas, emanadas pela OE, e sobre as quais a minha prática se tem integrado ao longo desta caminhada. De acordo com os níveis de competência de Patrícia Benner, um perito deve possuir um conhecimento não só percetivo, mas fundamentado pelo conhecimento da situação concreta e contextualizada, que lhe permita prestar cuidados individualizados de uma forma holística (Benner, 2005).

A OE enuncia que o “Domínio de competência” é uma esfera de ação e compreende um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados. As competências clínicas especializadas certificam que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que o enfermeiro mobiliza no contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do cliente (OE, 2010a).

Na operacionalização deste estágio, procurei desenvolver competências específicas de EEESCJ (OE, 2010b) nos domínios:

- a) Assiste a criança/ jovem e família, na maximização da sua saúde; b) Cuida da criança nas situações de especial complexidade; c) Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.*

O contacto e a prestação de cuidados nos diferentes contextos permitiu-me o desenvolvimento de competências para uma ação refletida e ancorada nos princípios dos cuidados centrados na família, da parceria e dos cuidados não traumáticos.

O EEESCJ deve focalizar a sua atenção na minimização dos efeitos nocivos que as transições pelas quais a criança e família passam, nomeadamente a hospitalização, tentando encontrar formas de atenuar o seu sofrimento restabelecendo a adaptação. Conforme descrito no RPQCEESCJ, o EEESCJ tem “como desígnio o trabalho em parceria com a criança/jovem e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre” (OE, 2011, p.10).

Este estágio permitiu a aquisição de competências de especialista e para o desenvolvimento de um programa de atendimento de enfermagem personalizado às crianças em contexto de cirurgia no serviço onde exerço funções (Apêndice 19). Permitiu ainda o meu crescimento e desenvolvimento profissional o conhecimento profundado do modelo teórico de Afaf Meleis, pela compreensão dos processos de

transição pelos quais passa a pessoa ao longo da sua vida, nas diferentes idades e etapas de desenvolvimento.

As transições que ocorrem na vida da criança e família podem ser classificadas de acordo com a sua natureza - o tipo de transição, padrão e propriedades, podem ser simples ou múltiplas, sequenciais ou simultâneas, e mediante o grau de sobreposição entre as transições, podem ser relacionadas ou não relacionadas (Meleis, 2010). Para uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade de acordo com a teoria das transições importa que os enfermeiros conheçam o tipo de transição, as condições – pessoais, sociais, e os padrões de resposta - que a facilitam e a inibem, os indicadores de processo e os indicadores de resultado. O conhecimento disciplinar no âmbito das terapêuticas de enfermagem facilitadoras de transições saudáveis, envolve o desenvolvimento de terapêuticas que permitam: aumentar a consciencialização e o envolvimento durante as transições, promover a preparação antecipatória e facilitar a aquisição de conhecimentos e de habilidades; identificar os significados, as crenças e as atitudes pessoais e sociais associadas às transições; e identificar pontos e acontecimentos críticos chave (*Ibidem*).

No decorrer do estágio nos diferentes contextos, desenvolvi competências de enfermeira especialista no que se refere à unidade de competência E1.1. *“Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem”*, estabelecendo com a família parcerias que, permitiram o planeamento e execução de intervenções promotoras de processos de parceria, na procura das melhores opções para otimização da saúde e adequação da gestão da parentalidade nos processos de transição. Possibilitaram refletir sobre as habilidades de negociação inerentes ao processo de cuidar, melhorar a comunicação com a criança e delinear estratégias a implementar no atendimento de enfermagem de preparação para cirurgia que desenvolvi e que contribuem para o ajuste de papéis em todo o processo de tratamento.

A atuação no âmbito do sistema familiar permitiu-me desenvolver alguma sensibilidade relacionada com as evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico, contribuído para aquisição de competências de enfermeira especialista no domínio da unidade de competência E1.2. *“Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança”*.

O contacto com a realidade da UCEN e AMP traduziu-se no despertar de sensibilidades e emoções e sobretudo no desenvolvimento de competências de enfermeira especialista no que se refere à unidade de competência, E2.1. *“Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados”*, mobilizando conhecimentos e habilidades e recursos para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória, para cuidar da criança e família em situações de particular exigência, decorrente da sua complexidade.

Este percurso formativo mostrou-se muito enriquecedor e vasto em aprendizagens, permitindo fazer a gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas para combate à dor e fortalecer competências de enfermeira especialista no que se refere à unidade de competência E2.2. *“Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas”*.

Promovendo a maximização do potencial de desenvolvimento desde a vinculação até ao final da adolescência, de acordo com as especificidades e exigências das etapas do ciclo vital, a colaboração nas consultas de saúde infantil, o contacto com o RN prematuro e doente na UCEN, o cuidado a crianças de diferentes idades no AMP, Internamento de Pediatria e na Consulta de Preparação para a Cirurgia permitiu-me desenvolver competências de enfermeira especialista no que concerne às unidades de competências E3.1. *“Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil”*, prestando cuidados diferenciados e transmitindo orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento da criança; E3.2. *“Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais”*, promovendo estratégias de vinculação estimuladoras do desenvolvimento físico e emocional do bebé, de ajuda no processo de tratamento e recuperação, (Método Canguru, aleitamento materno...) de desenvolvimento da parentalidade, das competências do RN para interação, promovendo a esperança realista e negociando o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN; E3.3. *“Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio e desenvolvimento e cultura”*, utilizando técnicas de comunicação adaptadas ao estado de desenvolvimento da criança e jovem, e E3.4. *“Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde”*, proporcionou-me aprendizagens diversificadas e consequentemente o desenvolvimento de competências no domínio relacional e

cultural no respeito pelas crenças e valores das diferentes culturas em defesa do que se recomenda na unidade de competência. Foram prestados cuidados específicos em resposta às necessidades da criança, maximizando o potencial de desenvolvimento desde o nascimento até à juventude, dando espaço à utilização de estratégias de vinculação no RN, à comunicação de emoções no adolescente, ao reforço positivo na adoção de comportamentos saudáveis e tomadas de decisão responsáveis nos processos de mudança.

No que diz respeito às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, este estágio contribuiu para o desenvolvimento de competências do domínio da *responsabilidade profissional, ética e legal (A1; A2)*, considero que todo o percurso foi desenvolvido tendo em consideração os princípios éticos e deontológicos da profissão de enfermagem, pois a tomada de decisão ética em enfermagem enquanto responsabilidade do enfermeiro especialista requer preocupação com o bem-estar e respeito pelos direitos da criança e família. O estágio permitiu a reflexão sobre as melhores práticas e preferências da criança e família, de forma a desenvolver estratégias de intervenção, com respeito pelos princípios éticos relacionados com os cuidados de saúde.

Este estágio contribuiu para o desenvolvimento de competências do domínio da *melhoria da qualidade (B1; B2; B3)*, pois julgo que a iniciativa de criação de uma proposta de consulta de enfermagem de preparação da criança e família para a cirurgia programada demonstra sensibilidade na conceção de projetos institucionais que contribuem para a melhoria da qualidade dos cuidados, em busca dos melhores níveis de satisfação do cliente. Com a construção desta proposta pude identificar oportunidades e prioridades de melhoria, aprofundar conhecimentos na definição indicadores de avaliação e reconhecer a importância da revisão de práticas que contribuem para a criação de um ambiente de cuidados terapêutico e seguro centrado na criança e família, promotor do bem-estar físico, psicossocial, cultural e espiritual, no respeito pela identidade da criança e família.

O desenvolvimento do projeto de atendimento de enfermagem demonstra também o desenvolvimento de competências no domínio da *Gestão dos cuidados (C1;C2)*, pelo contributo que traz na melhoria da informação para a continuidade do processo do cuidar (história de saúde, história de dor...), garantindo variedade de soluções eficazes e a orientando a decisão da equipa de saúde, contribuindo desta forma para a segurança e qualidade do trabalho de equipa, adequando de forma

eficiente os recursos e negociando os recursos adequados às necessidades individuais do cliente em articulação com a equipa multiprofissional e otimizando as respostas de enfermagem.

Durante todo este meu percurso de aprendizagem, fui desenvolvendo competências no domínio do *Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D1; D2)*, que permitiram a articulação com os diferentes serviços e profissionais do hospital, permitiu-me estabelecer relações terapêuticas e multiprofissionais, reconhecer os recursos disponíveis com os quais posso determinar a minha atuação e definir limites pessoais e profissionais da minha atuação. Procurando identificar intervenções que assentam em padrões de conhecimento válidos, atuais e pertinentes, consegui assumir uma atitude ativa e facilitadora dos processos de aprendizagem.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência é um dos elementos enfatizados por Benner (1984), é através dela que o enfermeiro aprende a focalizar aquilo que é relevante na situação e extrair o seu significado. Em concordância com este pressuposto, todo o percurso de formação desenvolvido e a construção do projeto para o atendimento de enfermagem de preparação da criança e família para a cirurgia programada, contribuíram para a aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros.

Além de concepções empíricas/experienciadas e teóricas, as teorias de enfermagem incluem aspetos do conhecimento que refletem crenças e valores. Desta forma, a ação do enfermeiro especialista é moderada por conhecimento que envolve princípios éticos, implica o confrontar de valores e provê *insight* sobre as escolhas.

A análise reflexiva das práticas vivenciadas permitiu-me desenvolver competências que permitem extrair significado às experiências, levou ao despertar do saber pessoal em enfermagem, que contribuiu para o conhecimento do “eu” e do “outro” que facilita o cuidado humano e promove o envolvimento, pois cuidar é o ideal moral da enfermagem, um compromisso que se manifesta em atos cujo fim é a proteção, a promoção e a preservação da dignidade humana.

A ética em enfermagem é como uma parte do todo que é a decisão para o cuidado, com respeito pelos princípios éticos relacionados com os cuidados de saúde – justiça, autonomia, beneficência, não-maleficência e responsabilidade.

Do domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal, ressalta o dever deontológico de “Proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum” (OE, 2005). Neste percurso de formação procurei, garantir a privacidade em todos os cuidados, informar o criança/família antes de cada procedimento, esclarecer dúvidas, garantindo o consentimento informado livre e esclarecido para todas as intervenções, respeitar as crenças, costumes e as religiões, e garantir sigilo profissional e a confidencialidade dos dados do processo do cliente.

Da reflexão sobre as minhas aprendizagens, julgo que alcancei os objetivos inicialmente propostos, o que constituiu um desafio exigente e compensador. Consolidei conhecimentos sobre a preparação da criança e família para a cirurgia, o que me permitiu construir o projeto inicialmente planeado, tendo em consideração as

necessidades individuais da criança e família, de acordo com o estágio de desenvolvimento da criança, características e cultura da família.

Tendo a consciência de que o desenvolvimento de competências é um processo contínuo, o caminho percorrido abriu horizontes ao seu aperfeiçoamento na procura constante de melhores cuidados.

O projeto de atendimento de enfermagem de preparação da criança e família para a cirurgia programada, que ao longo do estágio construiu, atribuiu responsabilidades ao EEESIP no que se refere à prestação de cuidados diferenciados e especializados, em resposta às necessidades da criança e família nas várias idades e etapas do desenvolvimento, e em resposta aos processos de transição de saúde-doença que requerem adaptação.

Para apoiar a construção do projeto mobilizei a teoria das transições de Meleis, que presume que a intervenção de enfermagem seja dirigida aos processos de transição que ocorrem ao longo da vida, como forma de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, a pessoa interage com o meio e possui capacidade de se adaptar (Meleis, 2010).

A implementação do projeto deverá permitir a criação de boas práticas de enfermagem na preparação para o processo de transição cirúrgica a um alargado número de crianças e famílias, e possui as bases que para desenvolvimento futuro de um programa de melhoria contínua da qualidade, pois trará com certeza ganhos em saúde no que se refere às modificações positivas relacionadas com o bem-estar, promoção da saúde, prevenção de complicações, readaptação funcional e satisfação do cliente.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ Alexander, E. L., & Rothrock, J. C. (1997). *Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico*. Tradução Ivone Evangelista Cabral e Cláudio LC de Araújo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;
- ✓ Andrade, J. S. D., & Vieira, M. J. (2005). Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. *Rev Bras Enferm*, 58 (3), 261-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n3/a02v58n3.pdf>;
- ✓ André, O., & Rosa, D. (1997). Qualidade dos cuidados de saúde – satisfação dos utentes. *In Enfermagem Oncológica*. Ano 1, (3) 23-33;
- ✓ Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica: perspectiva desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi;
- ✓ Batalha, L. M. C. (2010). Intervenções não farmacológicas no controlo da dor em cuidados intensivos neonatais. *Revista de Enfermagem Referência*. (2), 73-80;
- ✓ Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. (2ª ed.). Coimbra: Quarteto Editora;
- ✓ Brazelton, T. B. (2000). Dar atenção à criança: *Para compreender os problemas normais do crescimento*. Coleção da criança. Lisboa: Terramar;
- ✓ Broering, C., V., & Crepaldi, M., A. (2008). Preparação psicológica para a cirurgia em pediatria: importância, técnicas e limitações. *Paidéia*. 18 (39), 61-72;
- ✓ Cardoso, F. (2002). *Avaliação da Qualidade dos Serviços de Urgência – Satisfação dos Utentes*. Tese de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto;
- ✓ Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal carers *Journal of Advanced Nursing*. 22. 1058-1062.
- ✓ Castelo, M, T. & Fernandes B (2009). Sinais de alarme em desenvolvimento. *Saúde Infantil*. 31 (1), 12-17;
- ✓ Castro, L. & Ricardo, M. (2002). *Gerir o Trabalho de Projeto - Guia para a Flexibilização e Revisão Curriculares*. (7.ª Ed). Lisboa: Texto Editora;
- ✓ McCann, M. E., & Kain, Z. N. (2001). The management of preoperative anxiety in children: an update. *Anesthesia & Analgesia*, 93 (1), 98-105;

- ✓ Collière, M.F. (1989). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses;
- ✓ Collière (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida*. Loures, Portugal: Lusociência;
- ✓ Cordeiro, R., Costa, R. (2014). *Métodos não farmacológicos para alívio do desconforto e da dor no recém-nascido: uma construção coletiva da enfermagem*. *Texto Contexto Enfermagem*. 23 (1), 185-192;
- ✓ Cruz, A. C., & Angelo, M. (2012). Cuidado centrado na família em pediatria: redefinindo os relacionamentos. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 10 (4), 861-865;
- ✓ Decreto-Lei nº161/96. (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros - REPE. *Diário da República*. 4 de Setembro de 1996, nº205, Série I-A;
- ✓ Delbarre, G., Bourdais, S., Saci, N., Deluche, G., Clermidi, P., Margaryam, M. (2014). Cinq ans d'exérience de consultation infirmière en chirurgie pédiatrique. *Archives de Pédiatrie*, Volume 21, Issue 5, p.405;
- ✓ Diogo, P. (2010). *Metamorfose da experiência no ato de Cuidar: o processo de uso terapêutico das emoções em enfermagem pediátrica*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa. Tese de Doutoramento em Enfermagem;
- ✓ Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica. Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar*. 2ª Edição. Loures: Lusociência;
- ✓ Diniz, A. (2008). Saúde privada, integração sofisticada. *Revista Instalação Profissional*. Junho 2008. Espaços, Edifícios Empresas. 14-22;
- ✓ Direção-Geral da Saúde (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. (Norma nº010/2013) Lisboa: Ministério da Saúde;
- ✓ Direção Geral da Saúde (2010). Orientação 014/2010. *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. 14 dez 2010;
- ✓ Ferreira, P. (1999). *A voz dos doentes: satisfação com a medicina geral e familiar*. In Ministério da Saúde (Org.) ed. Instrumentos para a melhoria contínua da qualidade. Lisboa, Direcção Geral da Saúde, 1-57;

- ✓ Fincher, W., Shaw, J., & Ramelet, A. S. (2012). The effectiveness of a standardised preoperative preparation in reducing child and parent anxiety: a single-blind randomised controlled trial. *Journal of clinical nursing*, 21 (7-8), 946-955;
- ✓ Goldman, A., Hain, R. & Liben, S. (2006). *Oxford Textbook of Palliative Care for children*. New York: Oxford University Press;
- ✓ Guaratini, Á. A., Marcolino, J. Á. M., Teixeira, A. B., Bernardis, R. C., Passarelli, M. L. B., & Mathias, L. A. D. S. T. (2006). Estudo transversal de ansiedade pré-operatória em crianças: utilização da escala de Yale modificada. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 56 (6);
- ✓ Hesbeen, W. (2004). *Cuidar neste mundo*. Loures: Lusociência. 292;
- ✓ Hockenberry, J. M. & Wilson, D. (2014). *Wong enfermagem da criança e do adolescente* (9ªed). Loures: Lusociência;
- ✓ Hosseinian, M., Ajorpaz, N. M., & Manesh, S. E. (2015). Mothers' Satisfaction With Two Systems of Providing Care to Their Hospitalized Children. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 17(2);
- ✓ IESS (2008). Compromisso de gestão: Medicina de excelência e inovação. *Informação da Espírito Santo Saúde*. ESS Outono-Inverno 2008 (3). Lisboa. 18-19;
- ✓ IESS (2009). Enfermagem. Um pilar na prestação de cuidados de saúde. *Informação da Espírito Santo Saúde*. ESS Verão 2009 (4). Lisboa. 19-22;
- ✓ ICN (2011). CIPE® 2 - *Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- ✓ Im, E. (2010). Afaf Ibrahim Meleis – Transition Theory. In: M. R. Alligood & A. M Tomey. *Nursing Theorists and Their Work*. (7ªEd). Misspuri: Mosby Elsevier. 416-433;
- ✓ Institute for Family-Centered Care. (2010). Patient and family centered care. Acedido em 10-06-2015. Disponível em www.ipfcc.org/pdf/CoreConcepts.pdf;
- ✓ Instituto de Apoio à Criança (1998). *Carta da criança hospitalizada*. Humanização dos serviços de atendimento à criança. Lisboa: IAC;
- ✓ Jorge, A. (2004). Família e hospitalização da criança. *(Re) Pensar o cuidar em Enfermagem*. Loures. Lusociência;
- ✓ Le Boterf, G. (2005). *Construir as competências individuais e coletivas*. Lisboa: Edições ASA;

- ✓ Leininger, M. (1990). *Ethical and Moral Dimensions of Care*. Detroit: Wayne State University Press;
- ✓ Li, W. & Lopez, V. (2008). Effectiveness and Appropriateness of Therapeutic Play Intervention in Preparing Children for Surgery: A Randomized Controlled Trial Study. *JSPN*. 13(2). Abril 2008. 63-73;
- ✓ Mafetoni, R. R., Higa, R., & Bellini, N. R. (2011). Comunicação enfermeiro-paciente no pré-operatório: revisão integrativa. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. 12(4), 859-865;
- ✓ Martinez EA, Tocantins FR, Souza SR (2013). As especificidades da comunicação na assistência de enfermagem à criança. *Rev Gaucha Enferm*. 34(1):37-44.
- ✓ McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. Nursing theory and concept development or analysis. *Journal of advanced Nursing*. 56(5), 472-479;
- ✓ Meleis, A. I., & Trangenstein, P. A. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing outlook*, 42(6), 255-259;
- ✓ Meleis, A., Sawyer, L., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in nursing science*, 23 (1), 12-28;
- ✓ Meleis, A., I., (2012). *Theoretical nursing: Development and progress*. 5ªed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins;
- ✓ Meleis, A. (2010) – *Transitions Theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company, LLC;
- ✓ Mestrinho, M. d. (2012). *Ensino de Enfermagem: caminhos de mudança na formação de professores*. Loures: Lusociência;
- ✓ Ministério da Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde;
- ✓ Moro, E., & Módolo, N. (2004). Ansiedade, a criança e os pais. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 54(5), 728-738;
- ✓ Nunes, L., Ruivo, M. A. & Ferrito, C. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*. Jan-Mar 2010. Setúbal: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. 15. 1-37;
- ✓ Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) - Saúde: Que rupturas? *Relatório Primavera*. Lisboa. 2003;

- ✓ Ollendick, T. H., & March, J. S. (Eds.). (2003). *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents: a clinician's guide to effective psychosocial and pharmacological interventions*. Oxford University Press;
- ✓ Ordem dos Enfermeiros (2001) – *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos*. Divulgar. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- ✓ Ordem dos Enfermeiros (2004). Quadro de referência para a construção de indicadores de qualidade e produtividade na enfermagem. Lisboa. – *Suplemento da Revista nº13*, (Julho de 2004), p. 3-8;
- ✓ Ordem dos Enfermeiros (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos. Edições Ordem dos Enfermeiros;
- ✓ Ordem dos Enfermeiros (2008) – *Dor: guia orientador de boa prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- ✓ Ordem dos Enfermeiros (2010a) - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa: Maio, 2010. Acedido em 11-05-2015. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf;
- ✓ Ordem dos Enfermeiros (2010b) - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa: Novembro, 2010. Acedido em 11-05-2015. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov_aprovadoAG_20Nov2010.pdf;
- ✓ Ordem dos Enfermeiros (2011a). *Guias Orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Cadernos da Ordem dos Enfermeiros. Série I. 2(3). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- ✓ Ordem dos Enfermeiros (2011b). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- ✓ Ordem dos Enfermeiros (2015). *Guia Orientador de boa prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Caderno da Ordem dos Enfermeiros. Série 1. (8). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Dezembro 2015;
- ✓ Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2009). *O Mundo da Criança:- Da Infância à Adolescência*. AMGH Editora;

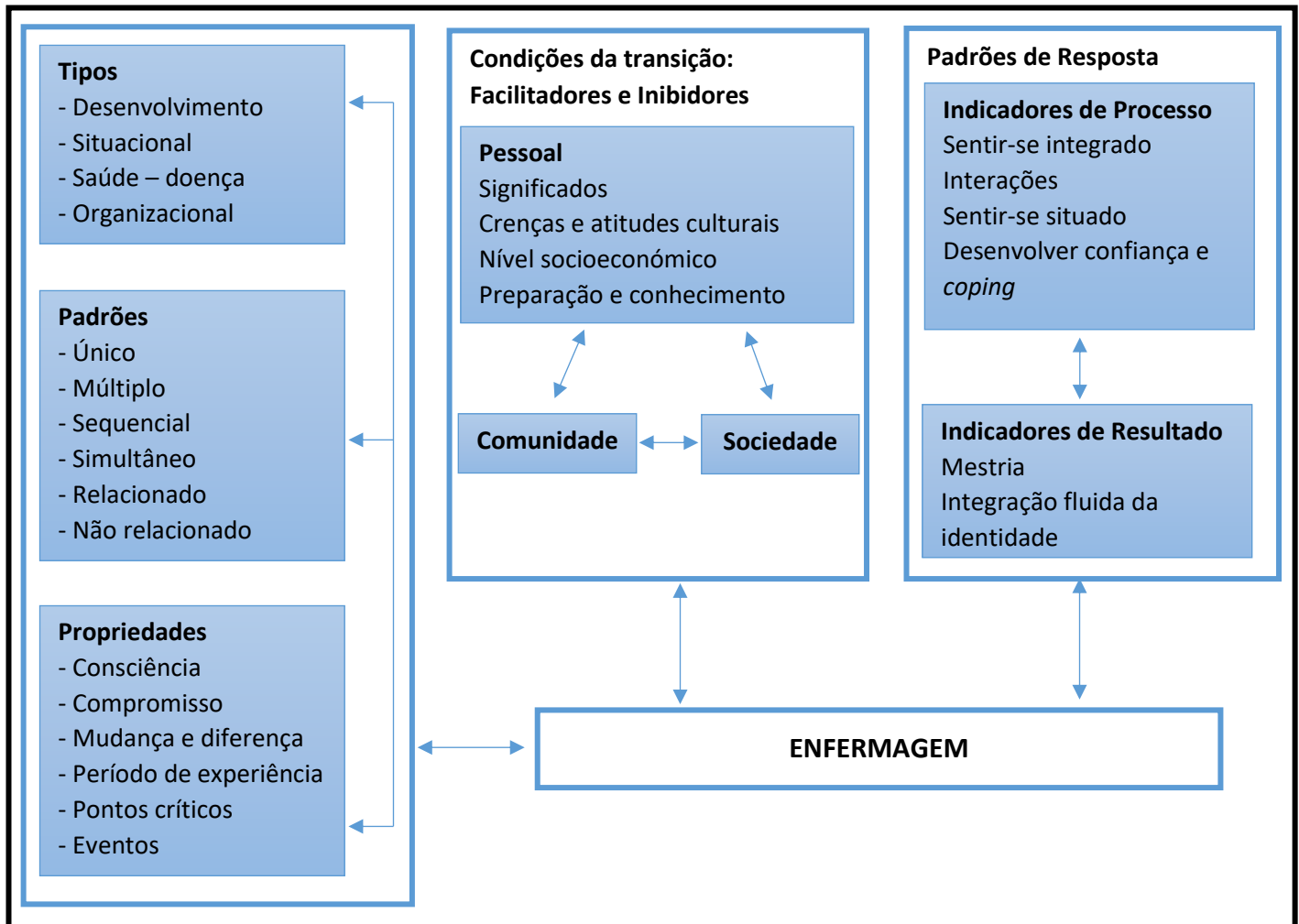
- ✓ Panella, J. J. (2016). Preoperative care of children: strategies from a child life perspective. *AORN Journal*, 104(1), 11-22;
- ✓ Papalia, D., Olds, S., & Feldman, R. (2001). *O mundo da criança*. 8ª edição. Amadora: McGraw Hill;
- ✓ Paulo, M., Alexandre, V., Galhofas, T., Mil-Homens, S., & Diogo, P. (2010). O Lugar do Afeto na Prática de Cuidados de Enfermagem em Contexto Pediátrico: Perspetivas de Crianças, Jovens, Pais e Enfermeiros. *Pensar Enfermagem*, 14 (2);
- ✓ Pedro,H.; Barros,L. & Moleiro,C. (2010). Parents and Nurses' behaviors associated with child distress during routine immunization in a Portuguese population. *Journal of Pediatric Psychology* 35(6), 602-610. doi:10.1093/jpepsy/jsp062;
- ✓ Pimentel, M., H. (2001). Preparação pré-operatória da criança e da família. *Servir*. 49. (4). 172-177;
- ✓ Ribeiro, M. J. (2009) - Saúde, a liberdade de escolher. *Trajectos*. Lisboa: Gradiva;
- ✓ Ribeiro, J., P. (2008). Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde. 2ªed. Porto: Legis Editora.
- ✓ Watson (2005). *Caring science as sacred science*. Philadelphia, United States of America: F. A. Davis Company;
- ✓ Watson (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures. Lusociência;
- ✓ Salmela, M., Salanterä, S. & Aronen, E. T. (2010). Coping with hospital-related fears: experiences of pre-school-aged children. *Journal of Advanced Nursing*. 66(6), 1222–1231. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05287.x;
- ✓ Sampaio, C., Silva, R., Comino, L., & Romano, R. (2014). Nível de ansiedade dos acompanhantes de crianças em cirurgia ambulatorial: contribuições da consulta de enfermagem. *Revista Enfermagem UERJ*. 22(2), 233-238;
- ✓ Santos, T., S., P., D., (2014). Intervenções de Enfermagem para reduzir a ansiedade pré-operatória em crianças em idade escolar: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*, (3), 149-155;

- ✓ Schumacher, K. L., Jones, P. S., & Meleis, A. I. (1999). Helping elderly persons in transition: a framework for research and practice. *Life Transitions in Older adult- Issues for Nurses and Other Health Professionals*. Iowa : Springer Publishers;
- ✓ Silva, A., P. (2007). Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*. Janeiro-Abril de 2007. 55 (1-2). 11-20;
- ✓ Teixeira, A., Braga, A., & Esteves, M. (2004). A comunicação com a criança na punção venosa: percepção do enfermeiro. *Revista Nascer e Crescer*, 13 (3), 187-194;
- ✓ Teixeira, E., & Figueiredo, M. (2009). A experiência da criança no perioperatório de cirurgia programada. *Revista Referência*. Março 2009, (9). 7-14;
- ✓ Watson (2005). *Caring science as sacred science*. Philadelphia, United States of America: F. A. Davis Company;
- ✓ Yuki, K. O. I. C. H. I., & Daaboul, D. G. (2011). Postoperative maladaptive behavioral changes in children. *Middle East J Anesthesiol*, 21(2), 183-9.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Esquema representativo da teoria das transições

Apêndice 1 - Representação da teoria de médio alcance das transições (Afaf Meleis)




Fonte: Adaptado de (Meleis *et al*, 2000, p.56; Im, 2010, p.419)

APÊNDICE 2 – Cronograma de Estágio

ANO	2015 / 2016																				
MÊS	Set/ Out	Out/Nov				Nov/Dez					Dez/Jan						Fev				
SEMANAS	28	5	12	19	26	2	9	16	23	30	7	14	21	28	4	11	18	25	1	8	
SERVIÇO	4	11	18	25	1	8	15	22	29	6	13	20	27	3	10	17	24	31	7	12	
Internamento e Ambulatório Pediatria Médica e Cirúrgica																					
Consulta de preparação da criança para a cirurgia																					
Cuidados de Saúde Primários																					
Unidade de Cuidados Especiais Neonatais																					
Atendimento Médico Permanente Pediátrico																					

FÉRIAS

APÊNDICE 3 – Procedimento para a “Administração de Sacarose a 24% ou Glicose a 30% via oral associada à sucção não nutritiva na criança com menos de 6 meses de idade como medida de controlo da dor”

	MANUAL DE PROCEDIMENTOS
	ADMINISTRAÇÃO DE SACAROSE A 24% OU GLICOSE A 30% VIA ORAL ASSOCIADA À SUCÇÃO NÃO NUTRITIVA
Elaborado: EESIP Sónia Almeida; AEESIP Sandra Ferreira	Data: Dezembro 2015

ÂMBITO:

- ✓ Controlo da dor na criança com menos de 6 meses submetido a procedimentos dolorosos em contexto de consulta de enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil.

OBJECTIVOS:

- ✓ Uniformizar procedimentos nos cuidados de enfermagem a prestar à criança e família nas consultas de Saúde Infantil e Juvenil;
- ✓ Prevenir e minimizar a dor aguda na criança quando submetida a procedimentos dolorosos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ✓ Direção Geral da Saúde (2012). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)*. Circular Normativa n.º 24/2012. Lisboa: DGS;
- ✓ Kassab, M., Foster, J. P., Foureur, M., & Fowler, C. (2012). Sweet-tasting solutions for needle-related procedural pain in in-fants one month to one year of age. *status and date: New, published in*, (12);
- ✓ Yilmaz, G., Caylan, N., Oguz, M., & Karacan, C. D. (2014). Oral sucrose administration to reduce pain response during immunization in 16–19-month infants: a randomized, placebo-controlled trial. *European journal of pediatrics*, 173(11), 1527-1532;
- ✓ Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança*. Serie 1, nº6. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- ✓ Schecher, N. L., Zempsky, W. T., Cohen, L. L., McMurtry, C. M., & Bright, N. S. (2007). Pain reduction during pediatric immunization: evidence- based review and recommendations. *American Academy of Pediatrics*. EUA. 119(5). e1184-e1198;
- ✓ Pédiadol. (2013). Modalités d'utilisation des solutions sucrées a visée antalgique chez le nourrisson de moins de 4 mois. *Protocole Pédiadol*. Mai 2013;
- ✓ Walter, E. (2010). Crème anesthésiante et solutions sucrées chez le nouveau-né: où en sommes-nous. In *Actes du colloque" La douleur de l'enfant, quelles réponses*.

NOTAS TÉCNICAS:

- ✓ As vias necessárias para a modulação e a inibição da dor no RN prematuro e de termo são ainda imaturas ao nascimento, a exposição a estímulo doloroso não é acompanhada de inibição endógena eficiente da dor, pelo que o RN é mais vulnerável à sensação dolorosa;
- ✓ Procedimentos dolorosos repetidos podem levar a uma diminuição do limiar de dor, alterações no metabolismo e catabolismo da criança e a alterações futuras de natureza comportamental, emocional e cognitiva perante novos episódios de dor. É por isso importante gerir e controlar a dor na criança quando submetida a procedimentos dolorosos;
- ✓ A utilização de Sacarose a 24% ou de Glicose a 30% via oral, associada à sucção não nutritiva, tem por objetivo eliminar a dor provocada pelos procedimentos invasivos que provocam dor;
- ✓ O efeito analgésico que é possivelmente mediado pela secreção de morfina endógena, inibe a hiperatividade e modela o desconforto, facilitando a organização neurológica e emocional da criança.
- ✓ O efeito analgésico ocorre 2 minutos após a administração e dura cerca de 5 a 7 minutos, existindo sinergia de ação quando a administração da solução se associa a sucção;
- ✓ Esta medida não substitui outros métodos não farmacológico de alívio da dor. É mais eficaz quando associado a técnicas de distração e conforto como a presença dos pais, contacto cutâneo com a mãe, entre outros;
- ✓ O controlo eficaz da dor é um indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem prestados;
- ✓ A administração de Sacarose a 24% ou de Glicose a 30%, em associação com a sucção, tem aplicação nos seguintes procedimentos:
 - Injeção intramuscular, injeção subcutânea, punção venosa;
 - Colheita de sangue capilar;
 - Remoção de penso adesivo;

CONTRA-INDICAÇÕES:

- Suspeita de enterocolite, atresia do esófago, fístula esófago-traqueal;
- Intolerância conhecida à frutose.

POSOLOGIA:

Peso da criança	Quantidade de Sacarose a 24% ou Glicose a 30% a administrar
2 a 2,5 Kg	0,5 ml
2,5 a 3Kg	1 ml
Superior a 3 Kg	2 ml

PROCEDIMENTO:

✓ **Material:**

- Sacarose a 24% ou Glicose a 30%;
- Seringa de 1 ou 2 ml;
- Chucha.

✓ **Metodologia:**

- Planear antecipadamente a administração da solução sempre que seja realizado um procedimento doloroso;
- Lavar as mãos;
- Preparar o material necessário e verificar a data de validade da solução;
- Promover a presença dos pais durante o procedimento;
- Explicar o procedimento e objetivo aos pais;
- Instalar a criança confortavelmente;
- Realizar a aspiração da solução de sacarose a 24% ou glicose a 30% para uma seringa sempre eu se trata de um recém-nascido de pré-termo, ou administrar diretamente da unidade quando se trata de um recém-nascido de termo ou lactente;
- Administrar a solução na cavidade oral, sobre a língua dois minutos antes do procedimento doloroso para garantir máximo efeito analgésico;
- Oferecer a chucha á criança durante a administração da solução;
- Proporcionar outras estratégias não farmacológicas de alívio da dor;
- Executar o procedimento doloroso à criança e monitorizar a dor da criança durante o procedimento;
- Repetir a administração da solução 5 minutos após a primeira administração se necessário e, no máximo 6 a 8 vezes no recém-nascido de termo nas 24 horas;
- Esclarecer dúvidas e receios dos pais;
- Registrar as intervenções de enfermagem, eficácia dos procedimentos e ensinios realizados aos pais.

APÊNDICE 4 – Caracterização do atual
atendimento da criança em situação de
cirúrgica

1. CARACTERIZAÇÃO DO ATUAL ATENDIMENTO DA CRIANÇA EM SITUAÇÃO CIRÚRGICA

1.1 Casuística (1º Trimestre 2016)

Foram analisados os disponíveis no Sistema de apoio à atividade cirúrgica (SAAC) correspondentes ao 1º Trimestre de 2016, verificando-se o nº total de cirurgias em menores de idade relevante da atividade da instituição, num total de 225 cirurgias, sendo que destas 52% foram realizadas em regime de internamento e 48% em regime de ambulatório.

Os dados mostram também que as especialidades cirúrgicas com maior significância são ORL, cirurgia pediátrica e ortopedia. Foram atendidas crianças com idades compreendidas entre as 2 semanas de idade e os 17 anos. Quanto ao sexo das crianças verifica-se maior significância para o nº de cirurgias realizadas no sexo masculino (59%).

Gráfico 1 – Número de Cirurgias (menores de idade)

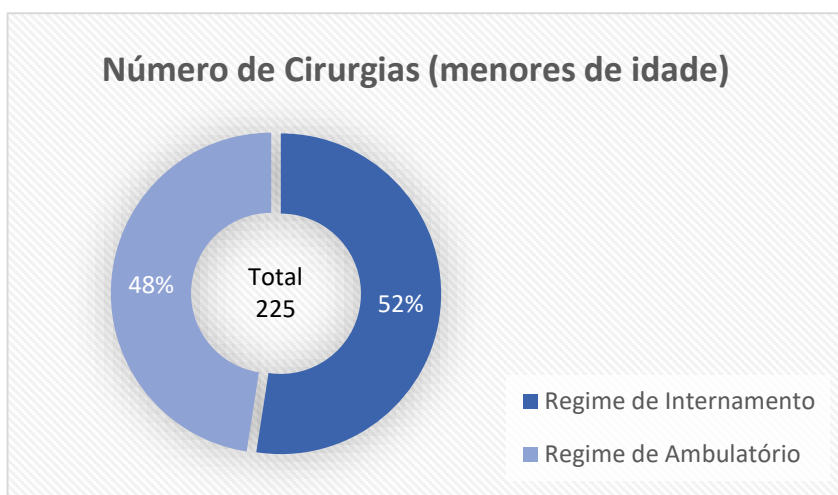
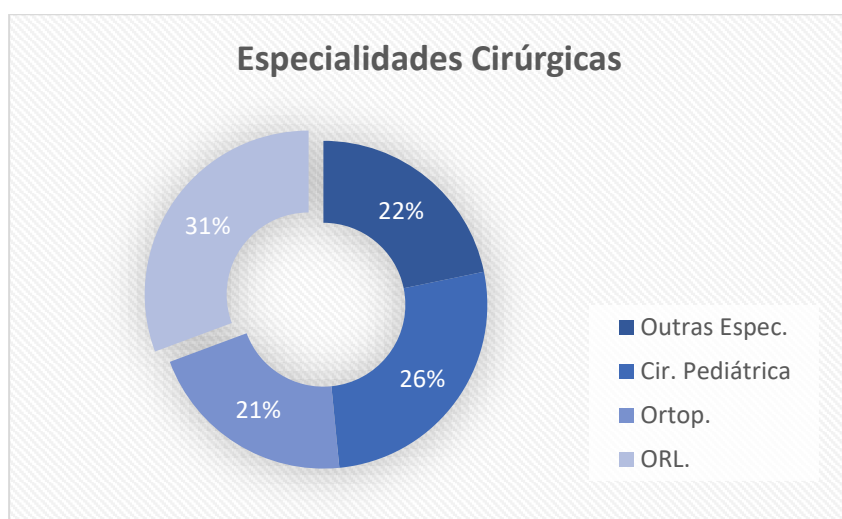
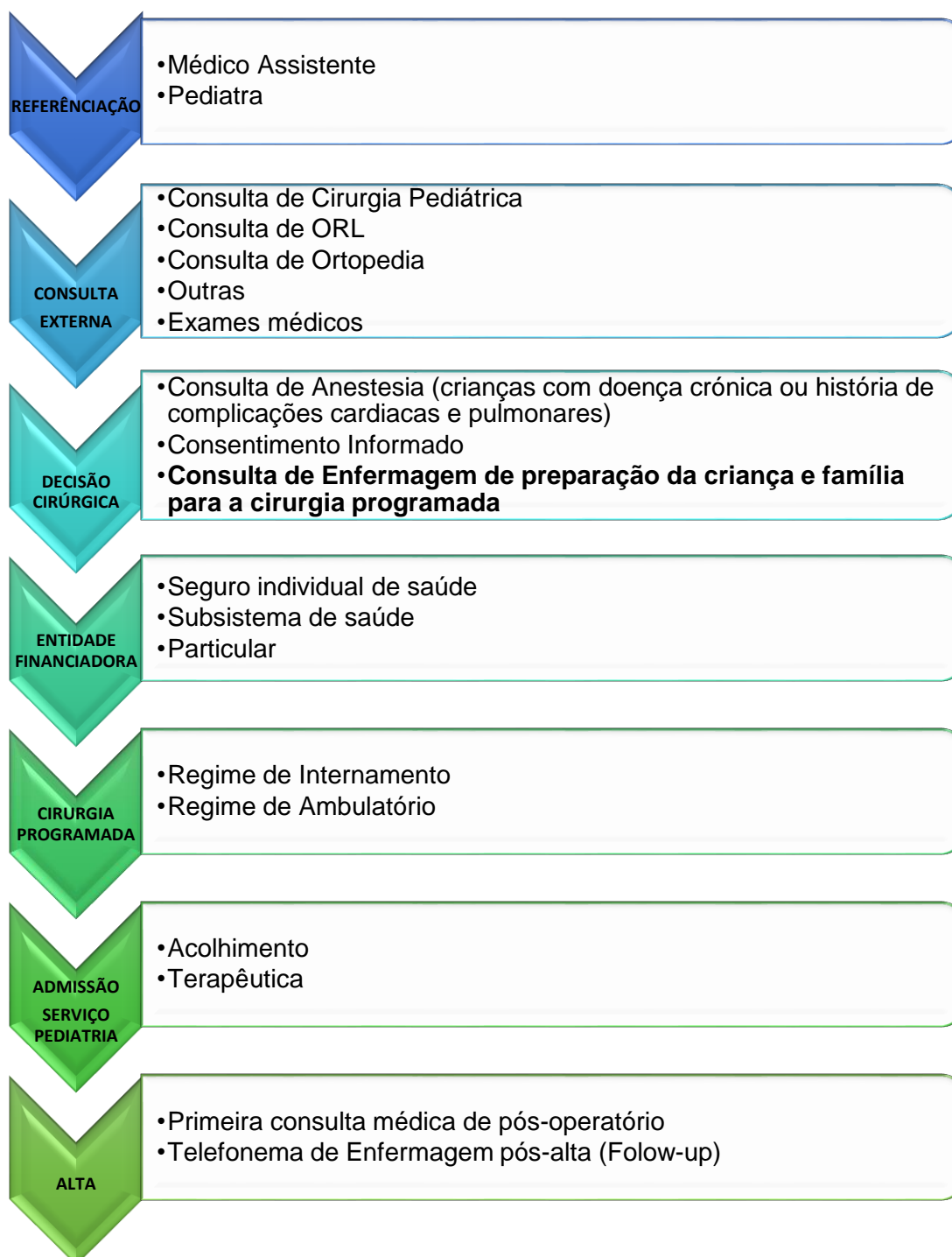


Gráfico 2 – Especialidades Cirúrgicas



APÊNDICE 5 – Fluxograma do circuito
de atendimento da criança no âmbito
da cirurgia programada

1. Fluxograma do circuito de atendimento da criança no âmbito da cirurgia programada



APÊNDICE 6 – Indicadores e Ganhos
em Saúde Sensíveis aos cuidados de
Enfermagem na Consulta de
Preparação da Criança e Família para
a Cirurgia

1. Indicadores e ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem na consulta de preparação da criança e família para a cirurgia

No sentido de contribuir para o desenvolvimento da profissão de enfermagem, e considerando a colaboração na produção de estruturas de idoneidade nos contextos de prática clínica uma responsabilidade do enfermeiro especialista, há necessidade de definir indicadores de produtividade e de qualidade dos cuidados de enfermagem que, tenham por base os padrões de qualidade e as boas práticas profissionais.

O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (RPQCEESCJ) engloba no conceito de saúde da criança/família, o conjunto de particularidades que permitem a satisfação das necessidades do cliente, culminando na maximização da sua saúde, isto é, na otimização do seu bem-estar e na potencialização do seu desenvolvimento, tornando-o capaz mobilizar estratégias e se adaptar às transições impostas no ciclo de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

São as evoluções positivas ou as modificações operadas no estado dos diagnósticos após as intervenções de enfermagem que, podem ser expressas em ganhos em saúde, pelo que se mostra relevante a construção dos seguintes quadro de referência como instrumentos de trabalho.

Quadro 2 – Ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem no atendimento à criança e família na preparação para a cirurgia programada

PROMOÇÃO DA SAÚDE	<ul style="list-style-type: none">- Ganhos em aprendizagem das capacidades do prestador de cuidados para prevenir complicações;- Taxa de incidência/prevalência de gestão do regime terapêutico eficaz;- Ganhos em conhecimento sobre a gestão do regime terapêutico;- Taxa de incidência/prevalência do papel parental inadequado;- Ganhos em conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil;- Ganhos em conhecimento dos pais sobre tratamentos da criança;- Ganhos em conhecimento dos pais sobre prevenção de complicações.
PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES	<ul style="list-style-type: none">- Taxa de eficácia diagnóstica do risco de <i>stress</i> do prestador de cuidados;- Taxa de eficácia na prevenção do <i>stress</i> do prestador de cuidados;- Ganhos em aprendizagem de capacidades para prevenir complicações.
BEM-ESTAR E AUTOCUIDADO	<ul style="list-style-type: none">- Ganhos expressos em suporte, percebido pelo prestador de cuidado informal;- Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados sobre tomar conta;- Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para tomar conta.
READAPTAÇÃO FUNCIONAL	<ul style="list-style-type: none">- Ganhos em conhecimento sobre a gestão dos analgésicos;- Ganhos em conhecimentos sobre a avaliação da dor;- Ganhos em aprendizagem de capacidades para gerir analgesia;- Ganhos em aprendizagem de capacidades para utilizar estratégias não farmacológicas de alívio da dor;- Ganhos em conhecimento sobre estratégias de adaptação para o autocuidado;
SATISFAÇÃO DO CLIENTE	<ul style="list-style-type: none">- Agradecimentos, reclamações, sugestões;- Entrevistas/ questionários (instrumentos traduzidos, validados e aferidos para Portugal).

Fonte: OE (2004). Quadro de referência para a construção de indicadores de qualidade e produtividade na enfermagem. Lisboa. *Suplemento da revista nº13, Ordem dos Enfermeiros*.

Quadro 3 – Principais focos de atenção no atendimento à criança e família na preparação para a cirurgia programada

Foco Principal	Diagnósticos	Indicadores	Tipo	Ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem
Dor	<ul style="list-style-type: none"> - Autocontrolo dor - Conhecimento do prestador de cuidados sobre a gestão dos analgésicos - Aprendizagem de capacidades para gerir a dor - Aprendizagem de capacidades para utilizar estratégias não farmacológicas de alívio da dor 	<ul style="list-style-type: none"> - Taxa de prevalência - Modificação positiva/real no estágio do diagnóstico 	<ul style="list-style-type: none"> Epd2 R2 	<p>PROMOÇÃO DA SAÚDE</p> <p>PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES</p> <p>BEM-ESTAR E AUTOCUIDADO</p> <p>READAPTAÇÃO FUNCIONAL</p> <p>SATISFAÇÃO DO CLIENTE FACE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM</p>
Medo	<ul style="list-style-type: none"> - Medo (atual) - Autocontrolo do medo (atual) 	<ul style="list-style-type: none"> - Taxa de prevalência - Taxa de prevalência 	<ul style="list-style-type: none"> Epd2 Epd2 	
Parentalidade	<ul style="list-style-type: none"> - Potencial para o desenvolvimento da capacidade parental - Parentalidade comprometida 	<ul style="list-style-type: none"> - Modificação positiva/real no estágio do diagnóstico - Taxa de prevalência 	<ul style="list-style-type: none"> R2 Epd2 	
Tomar conta	<ul style="list-style-type: none"> -Risco de <i>stress</i> do prestador de cuidados por tomar conta - <i>Stress</i> (atual) do prestador de cuidados por tomar conta - Potencial para desenvolvimento da capacidade do prestador de cuidados para tomar conta 	<ul style="list-style-type: none"> - Taxa de efetividade na prevenção - Taxa de incidência/prevalência - Modificação positiva/real no estágio do diagnóstico - Taxa de resolução 	<ul style="list-style-type: none"> R1 Epd2 R2 	

Fonte: OE (2007). Resumo mínimo de dados e core de indicadores de enfermagem para o repositório central de dados da saúde. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

APÊNDICE 7 – Layout para registros
“consulta de enfermagem na
preparação da criança e família para a
cirurgia programada”

LAYOUT PARA REGISTOS - "CONSULTA DE ENFERMAGEM NA PREPARAÇÃO DA CRIANÇA E FAMÍLIA PARA A CIRURGIA PROGRAMADA"

Data: __ / __ / ____	NP:
Nome:	DN: __ / __ / ____
Nome preferido	Idade:
Pessoa Significativa	Contactos:

Diagnóstico Pré-operatório:
Cirurgia Proposta:
Data Provável da Cirurgia: __ / __ / ____

Sinais Vitais				
FC: ____ pp/min	Temp: ____ °C	FR: ____ cc/min	Caract: _____	T.A.: __ / __ mmHg

Exames complementares de Diagnóstico							
Análises:	<input type="checkbox"/>	ECG:	<input type="checkbox"/>	RX Torax:	<input type="checkbox"/>	Outros:	<input type="checkbox"/> _____

Alvo da preparação						
Criança:	<input type="checkbox"/>	Pais:	<input type="checkbox"/>	Outros:	<input type="checkbox"/>	Quem: _____

História de dor	
Experiências de dor / características da dor:	
Fatores de alívio e de agravamento:	
Medidas farmacológicas _____	
Medidas não farmacológicas _____	

Experiências anteriores de internamento ou doença?							
Cirurgia:	<input type="checkbox"/>	Internamento:	<input type="checkbox"/>	Episódio de urgência:	<input type="checkbox"/>	Outro:	<input type="checkbox"/> _____

Estilo de Confronto					
Repressivo:	<input type="checkbox"/>	Sensitivo:	<input type="checkbox"/>	Neutro:	<input type="checkbox"/>
Hábitos culturais e religiosos:					
Composição da família:					

Atividade de Vida		
Pele e Tegumentos		
Hábitos de higiene pessoais:		
Temperatura		
Medidas de controlo e arrefecimento:		
Alimentação		
Tipo de Alimentação:	Alimentos preferidos:	Alimentos que não gosta:
Eliminação		
Padrão de eliminação:		
Mobilidade		
Necessita de ajuda ou utiliza meios de apoio para se mover? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Quais: _____		
Comunicar		
Como comunica?		
Sono/Repouso		
Quantas horas dorme por dia / Quais os hábitos de dormir:		
Recreação		
Brincadeiras / hábitos lúdicos / brinquedos preferidos:		
Alergias / Outros		

Medos
Quais:
Estratégias de luta contra o medo que utiliza:

Reações da criança	Reações da família
Ansioso <input type="checkbox"/>	Ansioso <input type="checkbox"/>
Tranquilo <input type="checkbox"/>	Tranquilo <input type="checkbox"/>
Agressivo <input type="checkbox"/>	Agressivo <input type="checkbox"/>
Colaborante <input type="checkbox"/>	Colaborante <input type="checkbox"/>
Satisfeito <input type="checkbox"/>	Satisfeito <input type="checkbox"/>
Triste <input type="checkbox"/>	Triste <input type="checkbox"/>
Confiança <input type="checkbox"/>	Confiança <input type="checkbox"/>
Desconfiança <input type="checkbox"/>	Desconfiança <input type="checkbox"/>

Conhecimentos da criança sobre a cirurgia	
Anestesia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Tipo de cirurgia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Parte do corpo envolvida: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Serviço de Internamento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Circuito peri-operatório: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Material hospitalar: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Cuidados pré-operatórios: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Cuidados pós-operatórios: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Treino de escala de dor: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual: _____	
Técnicas de relaxamento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Técnicas de Distração: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

Conhecimentos da família sobre a cirurgia	
Anestesia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Tipo de cirurgia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Parte do corpo envolvida: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Serviço de Internamento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Circuito peri-operatório: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Material hospitalar: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Cuidados pré-operatórios: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Cuidados pós-operatórios: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Treino de escala de dor: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual: _____	
Técnicas de relaxamento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Técnicas de Distração: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

Focos de atenção	Diagnósticos de Enfermagem
Dor	<ul style="list-style-type: none"> - Autocontrolo dor; - Conhecimento do prestador de cuidados sobre a gestão dos analgésicos; - Aprendizagem de capacidades para gerir a dor; - Aprendizagem de capacidades para utilizar estratégias não farmacológicas de alívio da dor.
Medo	<ul style="list-style-type: none"> - Medo (atual) - Autocontrolo do medo (atual)
Parentalidade	<ul style="list-style-type: none"> - Potencial para o desenvolvimento da capacidade parental; - Parentalidade comprometida.
Tomar conta	<ul style="list-style-type: none"> - Risco de <i>stress</i> do prestador de cuidados por tomar conta; - <i>Stress</i> (atual) do prestador de cuidados por tomar conta; - Potencial para desenvolvimento da capacidade do prestador de cuidados para tomar conta.

Intervenções de enfermagem associadas aos diagnósticos de enfermagem	
Ensinar sobre tipo de cirurgia e anestesia	<input type="checkbox"/>
Ensinar sobre partes do corpo envolvidas	<input type="checkbox"/>
Ensinar sobre circuito peri-operatório	<input type="checkbox"/>
Informar sobre cuidados pré-operatórios	<input type="checkbox"/>
Informar sobre cuidados pós-operatórios	<input type="checkbox"/>
Informar sobre rotinas de internamento	<input type="checkbox"/>
Informar sobre material hospitalar	<input type="checkbox"/>
Treinar escala de avaliação da dor	<input type="checkbox"/>
Ensinar estratégias de confronto:	
Autoinstrução	<input type="checkbox"/>
Pensamento positivo	<input type="checkbox"/>
Ensinar técnicas de relaxamento:	
Respiração lenta e profunda	<input type="checkbox"/>
Respiração diafragmática	<input type="checkbox"/>
Ciclo respiratório	<input type="checkbox"/>
Contração e descontração dos membros	<input type="checkbox"/>
Executar brincadeira lúdica	<input type="checkbox"/>
Executar técnicas de distração	<input type="checkbox"/>
Informar através de folheto informativo: "VOU SER OPERADO – Informações para a criança e família"	<input type="checkbox"/>
Informar através de folheto informativo: "VOU SER OPERADO – Guia de acolhimento ao serviço de internamento de Pediatria"	<input type="checkbox"/>
Informar através de folheto informativo: "O MEU FILHO VAI SER OPERADO – Orientações para ajudar a diminuir o medo da cirurgia"	<input type="checkbox"/>
Avaliar resposta ao ensino	
Adquirido	<input type="checkbox"/>
Não adquirido	<input type="checkbox"/>

Material Utilizado	
Livro de histórias	<input type="checkbox"/>
Puzzle "o corpo humano"	<input type="checkbox"/>
Fotografias do ambiente peri-operatório	<input type="checkbox"/>
Material hospitalar em tamanho real	<input type="checkbox"/>
Outro: _____	
Material hospitalar em brinquedo	<input type="checkbox"/>
Silhuetas "O corpo humano"	<input type="checkbox"/>
Vídeo "Anestesia em pediatria"	<input type="checkbox"/>
Folhetos informativos	<input type="checkbox"/>

Enfermeiro responsável pela preparação: _____

APÊNDICE 8 – Aspectos do
desenvolvimento da criança

	DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA							
	Cognitivo Piaget	Psicossocial Erikson	Imagem corporal	Social	Identidade de Gênero	Moral Kohlberg	Sexualidade	Espiritual
LACTETES (até 1 ano)	Sensório-motor (nascimento até aos 2anos)	Aquisição do senso de <i>Confiança vs Desconfiança</i>	Conceito de objeto permanente	Comunicação social – riso social Apego Linguagem Brincar		---		---
PRIMEIRA INFÂNCIA <i>Toddler</i> (1 – 3 anos)	Sensório motor (12 – 24meses) 2 sub-estádios: - Reações circulares terciárias (23-18m) - Invenção de novos significados através de combinações mentais (19m-24m)	Aquisição do senso de <i>Autonomia vs Vergonha</i>	Autoconsciência – reconhece a utilidade das partes corporais e gradualmente os seus nomes Reconhecem diferenças de gênero – 2 anos	Diferenciação do eu de pessoas significativas Separação Individualização Objetos transicionais Linguagem Comportamento pessoal-social Brincar	Senso de masculinidade e feminilidade 3 anos	---		
<i>Pré-escolares</i> (3 – 6 anos)	Pensamento pré-operacional Fase intuitiva 4-7a	Aquisição do senso de <i>Iniciativa vs Culpa</i>		Linguagem Comportamento pessoal-social Brincar	Nível convencional ou pré-moral Conceito de punição e obediência (2-4a)			Influenciado pelo cognitivo Conceito concreto de Deus com características físicas
INFÂNCIA MÉDIA <i>Idade Escolar</i> (6 – 11/12 anos)	Operações concretas Raciocínio indutivo e início do raciocínio lógico (7-11a)	Senso de construtividade <i>Diligência vs Inferioridade</i>	Desenvolvimento do autoconceito	Relacionamento social, familiar e cooperação Brincar		Conhecem as regras e os comportamentos esperados, mas não pensam sobre eles		Fascinadas com conceitos de céu e inferno Esperam ser punidas pelo mau comportamento Podem ver as doenças como uma punição
INFÂNCIA TARDIA <i>Pré-adolescência</i> (10-13 anos) <i>Adolescência</i> (13-18 anos)	Operações Formais Raciocínio dedutivo e abstrato (11-15a)	Senso de <i>identidade vs confusão de papéis</i>	Sentem-se desconfortáveis com o seu corpo alterado Comparam-se com os outros Fazem julgamentos a respeito da sua própria normalidade	Relacionamento com os pares Interesse e atividade		Compreendem e responsabilidades e deveres com base em direitos recíprocos e conceitos de justiça	Mudanças hormonais, físicas, cognitivas e sociais Competência de tomada de decisão	Questionam os valores e ideias da sua família

Fonte: Hockenberry & Wilson (2014); Papalia, Olds & Feldman, (2009)

APÊNDICE 9 – Idades Ótimas para
cirurgias

IDADES ÓTIMAS PARA CIRURGIAS

QUISTO DA CAUDA DA SOBRANCELHA	>6 meses
HELIX VALGUS (ORELHAS DE ABANO)	>5 anos
FENDA LABIAL	>2 meses*
FENDA PALATINA	>3/18 meses*
QUISTOS E FÍSTULAS BRAQUEAIS	Qualquer idade*
HÉRNIA UMBILICAL	>4 anos
HÉRNIA INGUINAL / INGUINO-ESCROTAL	ao diagnóstico
HIDROCELO COMUNICANTE E QUISTO DO CORDÃO	12-18 meses
CRIPTORQUIDIA BIATERAL	ao diagnóstico
CRIPTORQUIDIA UNLATERAL	12-24 meses
TORSÃO DO TESTÍCULO	emergência
FIMOSE	Após os 5 anos
FIMOSE COM BALANITES OU ITU**	Avaliar caso a caso
PARAFIMOSE	Urgência
HÍMAN IMPERFURADO	ao diagnóstico
HIPOSPÁDIAS – meato punctiforme	ao diagnóstico
HIPOSPÁDIAS – cirurgia corretiva	>1 ano
SINDACTILIA*	>6 meses
POLIDACTILIA	variável /localização
HEMO E LINFAGIOMA	ao diagnóstico

*ao critério do cirurgião

**Infecção do trato urinário

***nem todos têm indicação cirurgica

Adaptado: DGS (2013, p.50)

APÊNDICE 10 – Medos Comuns na
criança de acordo com o estágio de
desenvolvimento

MEDOS COMUNS NA CRIANÇA/JOVEM DE ACORDO COM O ESTÁDIO DE DESENVOLVIMENTO

	Idades	Medos Comuns	Relação com Perturbações De Ansiedade
Lactente	0 - 6 meses	- Estímulos ruidosos, intensos e desconhecidos; - Perda de apoio	- Reatividade elevada; - Regulação baixa.
	6 - 12/18 meses	- Pessoas e situações estranhas/desconhecidas; - Ansiedade de separação; - Alturas.	- Inibição comportamental; - Timidez; - Vinculação insegura.
Primeira Infância	1 - 3 anos (Toddler)	- Ansiedade de separação; - Estranhos; - Animas; - Objetos grandes.	- Fobia animal.
	3 - 6 anos (Pré-escolar)	- Mutilação do corpo (castração); - Escuro; - Máscaras; - Catástrofes; - Pessoas más; - Ausência dos pais; - Ficar sozinho;	- Perturbação de ansiedade de separação; - Timidez por autoconsciência.
Segunda Infância	6 - 10/12 anos (Escolar)	- Desconhecido; - Mutilação/ dano corporal; - Ridículo; - Criaturas imaginárias/ bruxas/ fantasmas; - Preocupação com ferimentos, acidentes e doenças; - Desempenho escolar; - Sobrenatural.	- Perturbação de ansiedade.
Infância Tardia	10/12 - 13 anos (Pré-adolescência)	-Preocupação com as amigas, desempenho escolar e aparência física; - Morte; - Escuro.	- Fobia Social;
	13-18 anos (Adolescência)	- Preocupação com as relações heterossexuais; - Imagem corporal alterada; - Morte; - Independência e planos de vida; - Receio de falhar.	- Agorafobia (medo de estar em espaços abertos e com muita gente); - Perturbações de pânico.

Fonte: Alexander & Rothrock (1997); DGS (2013); Hockenberry & Wilson (2014); OE (2011); Ollendick & March (2003); Papalia, Olds, & Feldman (2001).

APÊNDICE 11 – Estratégias de luta
contra o medo

ESTRATÉGIAS DE LUTA CONTRA O MEDO A UTILIZAR, DE ACORDO COM O ESTADIO DE DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

	Características	Estratégias de luta contra o medo	
		Gerais	Específicas
Lactente (0 até 1 ano)	<p>(0 aos 6 meses)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nos pais, o medo e ansiedade são máximos; - Na criança, o medo e a ansiedade são mínimos; - Chora quando desconfortável e responde com sons guturais em situações de prazer; - Sorri, tem boa resposta social à aproximação de uma face familiar 	<ul style="list-style-type: none"> - Dotar os pais de informações sobre o que vai acontecer e as sensações e reações que a criança pode ter; - Esclarecer dúvidas aos pais; - Incentivar a presença dos pais e/ou mante-los na linha de visão da criança; - Usar objetos que tranquilizem e transmitam segurança à criança (chucha, fralda, de pano...); - Planear cuidados de acordos com as rotinas diárias da criança; - Utilizar voz suave; cantar, oferecer brinquedo ao segurar a criança proporcionando distração; - Não tocar na criança logo ao primeiro contacto; - Permitir a presença de brinquedos ou objeto pessoal/significativo para promoção de conforto e confiança. 	<ul style="list-style-type: none"> - Envolver os pais nos cuidados; - Usar medidas de conforto. Mimos e colo; - Promover o relaxamento da criança: <ul style="list-style-type: none"> _Sucção não-nutritiva ou dedo proporciona sensações de prazer que ajudam a controlar o medo; _Sorrir, falar e cantar suavemente; _Embalar a criança suavemente em arco; _Posicionamentos de conforto e contenção de movimentos de agitação e descoordenação, no sentido de dar limite ao corpo e promover tranquilidade e a organização da criança; _Toque terapêutico, toque em borboleta e massagem; _Usar distração: brinquedos de cores vivas e que produzam sons: roca, livros com música, com texturas e em relevo...
	<p>(6 meses até 1 ano)</p> <ul style="list-style-type: none"> - O medo e a ansiedade da separação são máximos; - A criança reage com protesto, desespero, negação e desconfiança à separação, à lesão corporal e à perda de controlo; - Distingue familiares de estranhos; - Demonstra afeto. 		
Toddler (1 aos 3 anos)	<ul style="list-style-type: none"> - Nos pais o medo e a ansiedade são máximos à separação. - Na criança o medo e a ansiedade são máximos à separação. - Capacidade para recordar, mas não compreende as experiências de hospitalização prévias; - Relação de apego bem desenvolvida; - Fraca capacidade para em suportar a frustração; - Egocêntrico, início do pensamento mágico e simbólico; - Tem prazer em imitar e em repetir as experiências; - A criança reage: <ul style="list-style-type: none"> _à separação com protesto e agressão verbal; _à perda de controlo com regressão; _à lesão corporal e dor com choro, crises de birras, resistência física, não cooperação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dotar os pais de informações sobre o que vai acontecer e as sensações e reações que a criança pode ter; - Esclarecer dúvidas aos pais; - Incentivar a presença dos pais e/ou mante-los na linha de visão da criança; - Tocar e dar afetos; - Usar objetos que tranquilizem e transmitam segurança à criança (chucha, fralda, de pano...); - Planear cuidados de acordos com as rotinas diárias da criança; - Encorajar a participação dos pais nos cuidados; - Contenção de movimentos de agitação, no sentido de dar limite ao corpo e proporcionar segurança à criança; - Desencorajar a regressão e estimular a autonomia nos cuidados corporais; - Enfatizar a cooperação da criança: ordens e escolhas simples; - Manter objetos ameaçadores fora do campo de visão; - Permitir o manuseamento de material lúdico-pedagógico (p.e. <i>Playmobil</i>). 	<ul style="list-style-type: none"> - Envolver os pais nos cuidados; - Usar medidas de conforto. Mimos e colo; - Proporcionar a brincadeira lúdica durante 5 a 10min: <ul style="list-style-type: none"> _Modelagem (através de boneco não significativo); _Contar histórias, (p.e. " O Diogo vai ser Operado"); _Distração, canções infantis que a criança possa reconhecer, música, jogos de encaixe... - Ensinar técnicas de relaxamento criativo (p.e. bater palmas com força e deixar cair leves como o algodão) e de respiração diafragmática pedindo que sopra com força (p.e. bolas de sabão, apitos coloridos tipo língua da sogra...).

<p>Pré – escolar (3 aos 6 anos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolvimento do pensamento e representação simbólica; - O medo e ansiedade causam sentimentos de culpa; - Tolera mais facilmente a separação; - Perceciona os procedimentos invasivos como uma punição; - Fantasia medos irreais; - Preocupa-se com a integridade física; - A criança reage: <ul style="list-style-type: none"> _à separação com protesto e agressão verbal e física, negação...; _à perda de controlo com regressão; _à lesão corporal e dor com culpabilização, choro, gritos, verbalizações de “ai”, “dói”, agarra-se aos pais, solicita suporte emocional (abraço, mimos...). 	<ul style="list-style-type: none"> - Preparar os pais e a criança separadamente, quando possível; - Manter a presença dos pais; - Permitir o manuseamento de material lúdico-pedagógico (p.e. Playmobil), esclarecendo dúvidas e receios; - Utilizar palavras neutras para descrever os procedimentos; - Estimular a verbalização de ideias e sentimentos; - Questionar a criança porque acha que vai ser operada - Esclarecer o porquê da cirurgia; - Usar histórias para explicar procedimentos; - Encorajar a participação na tomada de decisões; - Elogiar a ajuda e cooperação; - Manter os objetos ameaçadores fora do campo de visão, exceto quando mostrados ou usados nela; - Permitir que a criança manuseie objetos desconhecidos para diminuir a ansiedade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar a brincadeira lúdica: <ul style="list-style-type: none"> _Contar histórias, p.e. “A Anita no Hospital”; _Modelagem ou dramatização iniciada cerca de 30 min antes do procedimento (através de bonecos, Playmobil...); _Visualização de fotografias sobre o circuito peri-operatório; _Uso do desenho da silhueta corporal ou puzzle do copo humano para identificar o local do procedimento; _Distração, canções infantis, música, vídeos, jogos de encaixe, quebra-cabeças... - Ensinar técnicas de relaxamento criativo (p.e. bater palmas com força e deixar cair leves como o algodão) e de respiração abdominal ou diafragmática pedindo que sopra com força (p.e. bolas de sabão, apitos coloridos tipo língua da sogra...), respiração lenta ou profunda, posição de conforto...; - Ensinar estratégias de confronto como a autoinstrução ajudando a criança a encontrar factos e pensamentos positivos sobre o acontecimento gerador de medo, (p.e. não demora muito, vai correr bem, sou capaz, tenho o meu amiguinho comigo...).
<p>Escolar (6 aos 11/12 anos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sentido de dinamismo e competência; - Facilidade em expressar os medos; - Mais autocontrolo; - Tolera bem a separação; - Compreende as regras; - Vontade em adquirir novos conhecimentos; - A criança reage: <ul style="list-style-type: none"> _à separação: pais e pares com protesto e medo de não acompanhar os pares; _à perda de controlo com solidão, isolamento, apatia, raiva, frustração; _à lesão corporal e dor com medo da incapacidade e da morte, medo de procedimentos na área genital, tentativa de adiamento... 	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar os procedimentos, usando a terminologia científica correta; - Explicar os motivos para o procedimento; - Explicar o funcionamento do material e equipamento utilizado; - Permitir o manuseamento do material hospitalar e material lúdico-pedagógico; - Esclarecer dúvidas; - Explicar à criança o que é esperado dela; - Envolver na tomada de decisão, na participação nos cuidados e tarefas simples (p.e. segurar o adesivo); - Reforçar a autoestima e a imagem positiva de si próprio; - Estimular a realização de atividades de lazer da sua preferência. 	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar a brincadeira lúdica: <ul style="list-style-type: none"> _Puzzle do corpo humano e sistemas do corpo humano; _Contar histórias, p.e. “A Anita no Hospital”; _Modelagem ou dramatização iniciada cerca de 30 min antes do procedimento (através de bonecos, Playmobil...); _Visualização de fotografias sobre o circuito peri-operatório; _Distração, música da sua preferência, vídeos, puzzles, quebra-cabeças... - Ensinar técnicas de relaxamento (p.e. respiração diafragmática, lenta ou profunda, ciclo respiratório, contração e descontração dos membros através de bolas antistress, posicionamento para conforto, toque terapêutico...); - Ensinar estratégias de confronto como a autoinstrução ajudando a criança a encontrar factos e pensamentos positivos sobre o acontecimento gerador de medo, (p.e. não demora muito, vai correr bem, sou capaz...); - Usar o contrato comportamental informal definindo comportamentos de cooperação, regalias e elogio.

<p>Pré-adolescência (10-13 anos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pensamento e raciocínio abstrato - Consciência da autoimagem com medo da alteração da imagem corporal e incapacidade; - Luta pela independência, com medo de perda de controlo; 	<ul style="list-style-type: none"> - Garantir a privacidade; - Envolver na tomada de decisão, opções e alternativas; - Encorajar a expressão de sentimentos, ideias e medos; - Explicar os motivos da cirurgia, os procedimentos, as razões dos mesmos e as suas consequências; 	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar técnicas de relaxamento (p.e. respiração diafragmática, lenta ou profunda, ciclo respiratório, contração e descontração dos membros através de bolas antisstress, posicionamento para conforto, toque terapêutico...);
<p>Adolescência (13-18 anos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Necessidade de informação e de privacidade; - Identidade de grupo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Discutir as implicações na imagem corporal; - Permitir a relação entre pares. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar estratégias de confronto como a autoinstrução ajudando a criança a encontrar factos e pensamentos positivos sobre o acontecimento gerador de medo, (p.e. não demora muito, vai correr bem, sou capaz...); - Usar técnicas de distração: livros, vídeos de interesse pessoal, jogos...

Fonte: Alexander & Rothrock (1997); DGS (2013); Hockenberry & Wilson (2014); OE (2011); Ollendick & March (2003); Papalia, Olds, & Feldman (2001).

APÊNDICE 12 – Diretrizes e técnicas
para comunicar com a criança

DIRETRIZES PARA COMUNICAR COM A CRIANÇA

- Proporcionar tempo à criança para se sentir à vontade;
- Evitar avanços súbitos ou rápidos, sorrisos exagerados e contacto visual prolongado;
- Falar com os pais se a criança se apresenta inicialmente, envergonhada;
- Comunicar através do objeto de transição, antes de questionar a criança diretamente;
- Assumir uma posição ao mesmo nível de olhar da criança;
- Falar com um tom de voz tranquilo, sem pressa e confiante;
- Falar de modo claro, concreto e empregando palavras simples e frases curtas;
- Expor diretivas e sugestões de modo positivo;
- Oferecer a possibilidade de escolha apenas quando esta existe;
- Ser honesto com a criança;
- Facilitar a expressão das suas preocupações e medos;
- Usar uma variedade de técnicas de comunicação.

Fonte: Hockenberry & Wilson (2014).

TÉCNICAS DE COMUNICAÇÃO COM ADOLESCENTES

- Dar atenção exclusiva
- Encorajar a expressão de ideias e sentimentos;
- Ser delicado, ter calma e mente aberta.
- Respeitar as suas perspetivas;
- Tolerar as diferenças;
- Reforçar aspetos positivos;
- Respeitar a sua privacidade;
- Evitar julgamentos;

Fonte: Hockenberry & Wilson (2014).

TÉCNICAS DE COMUNICAÇÃO CRIATIVA

VERBAIS	NÃO-VERBAIS
Mensagens do "EU"	
Técnica da terceira pessoa	
Resposta facilitadora	
Contar histórias	
Contar histórias mutuamente	Escrever
Biblioterapia	Desenho
Sonhos	Magia
Questões "E Se"	Brincadeira
Três Desejos	
Jogo de pontuação	
Jogo de associação de palavras	
Completar frases	
Prós e Contras	

Fonte: Hockenberry & Wilson (2014)

APÊNDICE 13 – Orientações para a
realização da colheita da história de dor
da criança

ORIENTAÇÕES PARA A REALIZAÇÃO DA COLHEITA DA HISTÓRIA DE DOR DA CRIANÇA

OBJETIVOS:

- Recolher informações sobre a história de dor;
- Planear intervenções, incorporando a informação sobre a história de dor.

DEFINIÇÃO DE HISTÓRIA DE DOR:

“... Colheita de informação que permita orientar a avaliação e o controlo da dor utilizando as fontes de informação documentais disponíveis, aliada à entrevista dos pais/cuidador principal ou da criança a partir dos 3 anos” (DGS, 2010).

PARÂMETROS A CONSIDERAR NA COLHEITA DE HISTÓRIA DE DOR:

- a) Características da dor (localização, intensidade, qualidade, duração, frequência e sintomas associados);
- b) Fatores de alívio e de agravamento;
- c) Uso e efeito de medidas farmacológicas e não farmacológicas;
- d) Formas de comunicar /expressar a dor;
- e) Experiências anteriores traumatizantes e medos;
- f) Habilidades e estratégias para enfrentar a dor e outros problemas de saúde;
- g) Comportamento da criança e ambiente familiar;
- h) Efeitos da dor na vida diária;
- i) Impacto emocional e socioeconómico.

COLHEITA DE HISTÓRIA DE DOR:

CRIANÇA	PAIS
Diz-me como é a tua dor	Que palavras o seu filho usa quando tem dor?
Diz-me como foram as tuas dores anteriores	Descreva as experiências anteriores de dor do seu filho
Contas aos outros quando tens dor? Se sim, quando?	O seu filho diz alguma coisa a si ou a outros quando tem dor?
O que fazes quando tens dores?	Como é que sabe que o seu filho está com dor?
O que queres que te façam quando tens dor?	Como é que o seu filho reage normalmente quando tem dor?
O que mais te ajuda a passar a dor?	O que faz quando o seu filho está com dor?
Existe mais alguma coisa em especial que queiras que eu saiba quando tiveres dor (se sim, a criança que descreva)?	O que melhor alivia a dor do seu filho?
	Existe qualquer coisa em especial que gostaria que eu soubesse sobre o seu filho ou a dor dele? (se sim, descreva)

Adaptado: Ordem dos Enfermeiros (2011).

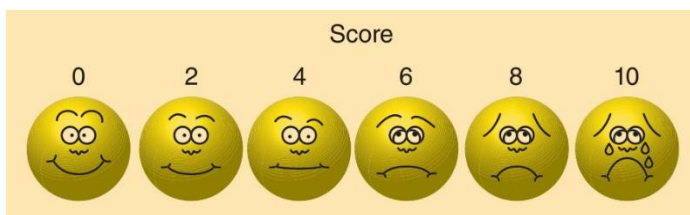
ESCALAS A UTILIZAR:

Menores de 4 anos ou crianças sem capacidade para verbalizar: FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) scale.

Categorias	Pontuação		
	0	1	2
Face	Nenhuma expressão especial ou sorriso	Caretas ou sobrancelhas franzidas de vez em quando, introversão, desinteresse	Temor frequente do queixo, mandíbulas cerradas
Pernas	Normais ou relaxadas	Inquietas, agitadas, tensas	Chutando ou esticadas
Atividade	Quieta, na posição normal, movendo-se facilmente	Contorcendo-se, movendo-se para a frente e para trás, tensa	Curvada, rígida ou com movimentos bruscos
Choro	Sem choro (acordada ou dormindo)	Gemidos ou choramingas; queixa ocasional	Choro continuado, grito ou soluço; queixa com frequência
Consolabilidade	Satisfeita, relaxada	Tranquilizado por toques, abraços ou conversas ocasionais; pode ser distraída	Difícil de consolar ou confortar

Avaliação da dor: 0-4 pontos (Dor leve); 5-7 pontos (Dor moderada); 8-10 (Dor intensa)

Entre 4 e 6 anos: Escala de faces de Wong-Baker. Válida a partir dos 3 anos.



A partir de 6 anos: EN (Escala Numérica);



Fonte: DGS, (2010)

APÊNDICE 14 – Recursos Fotográficos

Serviço de internamento de pediatria





Percurso para o bloco operatório



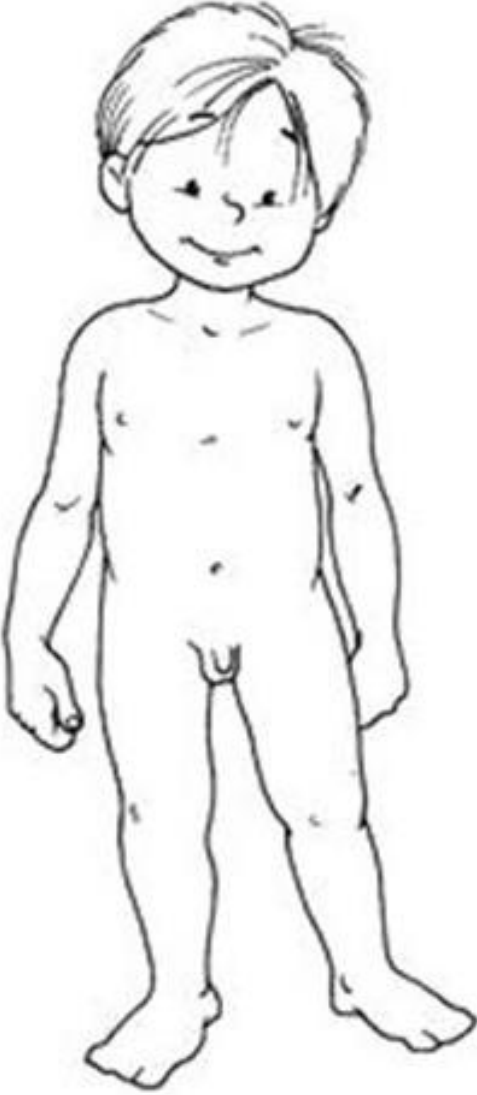
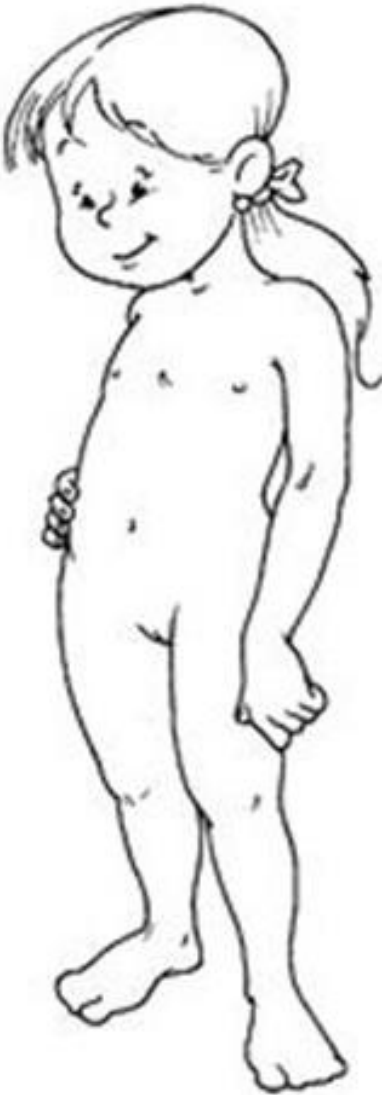
Bloco Operatório





APÊNDICE 15 – Silhuetas “O Corpo Humano”

SILHUETAS "O CORPO HUMANO" PARA CRIANÇAS DOS 6-10/12ANOS



APÊNDICE 16 – Folheto informativo: “O meu
filho vai ser operado – Guia de Acolhimento para
a Criança e Família”

O MEU FILHO VAI SER OPERADO

Guia de acolhimento para criança e família

A preparação do seu filho no serviço de internamento

- Será colocada uma pulseira de identificação ao seu filho e fornecida uma bata ou pijama, cueca descartável (ou fralda caso necessário) e touca de cabelo;
- O enfermeiro fará algumas questões sobre a história de saúde do seu filho e irá realizar alguns procedimentos pré-operatórios importantes como pesar (para cálculo de dosagem dos fármacos a administrar), avaliar a temperatura (pois uma situação de doença at ual como tosse, secreções ou febre pode inviabilizar a cirurgia) entre outros;
- De modo a adormecer a pele e reduzir a dor da picada durante a aplicação de cateter endovenoso, poderá ser aplicado um penso ou creme anestésico na mão ou braço da criança, cerca de uma hora antes do início da cirurgia;
- O enfermeiro irá fornecer um pequeno copo com medicação pré-anestésica cerca de 30 min antes da cirurgia, que o seu filho deverá ingerir na totalidade de forma a reduzir a ansiedade, podendo este ficar um pouco confuso ou até mesmo um pouco animado e despreocupado.



A ida para o Bloco Operatório

- Poderá acompanhar o seu filho até ao bloco operatório (para segurança, o seu filho deve ser transportado na cama, mesmo que este se mostre renitente a permanecer na mesma);
- A criança pode levar a sua chupeta e um objeto ou brinquedo preferido para o Bloco Operatório.

Durante a cirurgia

- Os pais devem manter-se sempre por perto do serviço de internamento ou contactáveis caso se ausentem;
- Não é recomendado aguardar pelo final da cirurgia junto ao Bloco Operatório, pois são zonas de acesso restrito por razões de segurança hospitalar.

Após a cirurgia terminar

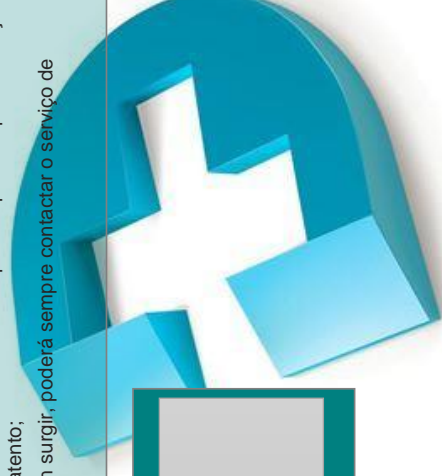
- A presença dos pais é muito importante para a criança;
- Os pais podem acompanhar a criança no recobro cirúrgico. É importante que permaneça calmo junto da criança, dando-lhe todo o carinho possível para a tranquilizar;
- Ao acordar da cirurgia, é possível que a criança se encontre agitada e confusa devido ao efeito dos anestésicos, sendo muitas vezes difícil de acalmar ou confortar;
- Após este período de alguma inquietação, a criança ficará mais tranquila e poderá adormecer.

O regresso ao internamento

- É importante que a criança não beba nem coma nada sem indicação do enfermeiro ou do médico;
- De acordo com a avaliação do enfermeiro será fornecida uma refeição ligeira, em concordância com o tipo de cirurgia e anestesia a que a criança foi submetida;
- Se a criança tiver dor, será administrada analgesia.

O regresso a casa

- A alta será programada de acordo com o estado da criança (se ele comeu, se não teve vômitos, se tem dor controlada...) e após indicação do cirurgião e/ou anestesista;
- De forma a prevenir e detetar possíveis complicações, ser-lhe-ão fornecidas todas as orientações para os cuidados a ter em casa bem como o que é esperado que aconteça e sinais de alerta a que deve estar atento;
- Para quaisquer dúvidas que possam surgir, poderá sempre contactar o serviço de internamento.



APÊNDICE 17 – Folheto Informativo:
“Vou Ser Operado – Informações para
a Criança e Família”

FOLHETOS INFORMATIVO “VOU SER OPERADO – Informações para a criança e família”

VOU SER OPERADO

Informações para a criança e família

Quais os cuidados na véspera da cirurgia

- A criança deverá tomar banho completo e cortar as unhas;
- Retirar adornos (pulseiras, fios, anéis, brincos, piercings), verniz, lentes de contacto...;
- Deverá cumprir jejum (não comer alimentos sólidos até 6 horas antes da cirurgia e não ingerir líquidos até 4 horas antes da cirurgia).



O que levar para o hospital no dia da cirurgia

- Exames: RX, ECG, análises de sangue e a medicação que a criança toma habitualmente;
- Pijama, chinelos e roupa interior, escova de dentes;
- Objeto ou brinquedo preferido da criança.

Acompanhamento da criança durante o internamento

- Os pais ou acompanhantes podem permanecer junto da criança durante todo o internamento. No período noturno (22h às 8h), apenas pode ficar um dos acompanhantes.

O que é a anestesia

- É um conjunto de medicamentos que são administrados no Bloco Operatório, adequados à idade e peso da criança, e que permitem que esta durma, não sinta nem se recorde de nada.

APÊNDICE 18 – Folheto Informativo:
“O Meu Filho vai ser Operado –
Orientações para ajudar a diminuir o
medo da cirurgia”

FOLHETOS INFORMATIVO – “O MEU FILHO VAI SER OPERADO – ORIENTAÇÕES PARA O AJUDAR A DIMINUIR O MEDO DA CIRURGIA”

O MEU FILHO VAI SER OPERADO

Orientações para ajudar a diminuir o medo da cirurgia

Antes dos 2 anos	<p>As crianças não percebem o que está a acontecer, mas sentem a ansiedade dos pais. Estes devem preparar-se psicologicamente e manterem-se o mais calmos possível, esclarecendo as suas dúvidas junto dos profissionais de saúde. O medo da separação dos pais é uma constante na criança. Os objetos familiares e as pessoas são importante para o seu bem-estar.</p> <p>Acompanhe-a sempre ou faça-se substituir por alguém que lhe dê segurança. Leve o seu objeto, brinquedo favorito ou chupeta, pois são objetos familiares para a criança.</p>
Dos 2 aos 3 anos	<p>Nesta fase, as crianças ainda não têm uma correta perceção do tempo. Apesar das habilidades verbais serem limitadas, entendem mais do que são capazes de dizer. Dê explicações simples e concretas. Converse com a criança sobre a operação e o hospital um dia antes ou mesmo na véspera do internamento.</p> <p>Explique que no dia seguinte, vão ao hospital. Asegure-lhe que a acompanha, que vão levar o seu brinquedo preferido e que ela vai dormir um “soninho”.</p> <p>Prepare com a criança a sua mochila e peça-lhe que escolha uma roupa de dormir e um brinquedo para levar para o hospital.</p>
Dos 3 aos 6 anos	<p>Converse com a criança cerca de três a cinco dias antes da operação. Fale sobre o hospital. Dê explicações simples. Utilize palavras neutras para a informar, por ex: Cama “Cama com rodas”; Anestesia “cheirinho que faz sono”; Sala de indução “sala do soninho especial”.</p> <p>Brinque com a criança “aos enfermeiros e aos médicos”. Reforce que a operação é uma maneira de resolver o problema e não um castigo pelo seu comportamento. Seja honesto, especialmente sobre a separação e a dor potencial. Leve um brinquedo significativo ou fotografia.</p>
Dos 7 aos 11 anos	<p>A criança já tem correta noção do tempo. Pode informá-la da operação uma semana antes. Dê-lhe oportunidade de fazer perguntas e falar sobre as suas preocupações. Seja honesto. Explique-lhe o que vai ver no seu corpo depois da operação (pontos e pensos). Incentive-a a colocar questões ao médico e ao enfermeiro sobre o que lhe causa medo, a fim de clarificar as suas dúvidas e preocupações.</p> <p>Leve os seus objetos pessoais (roupas, chinelos e produtos de higiene) e material para distração e estudo (computador, consolas, livros escolares...).</p>
Mais de 12 anos	<p>Os adolescentes devem acompanhar as decisões médicas desde o início. A maioria deles, vai querer mostrar-se forte, apesar de ainda gostarem da presença dos pais.</p> <p>Fale com o seu filho sobre o que vai acontecer e incentive-o a participar na tomada de decisão. Incentive-o a esclarecer as suas dúvidas e preocupações com o médico ou enfermeiro, nomeadamente no que se relaciona com as zonas do corpo envolvidas na operação.</p> <p>Deve levar os seus objetos pessoais (roupas, chinelos e produtos de higiene) e, para se manter ocupado e distraído, aconselhe-o a levar objetos da sua preferência como: livros ou jogos, computador... Isso irá ajudá-lo a diminuir a ansiedade e a lidar com o tempo de internamento.</p>

Adaptado: Monteiro, J. A., Monteiro A., & Nelas, J. (2014).

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

Adaptado: OE (2011).



APÊNDICE 19 – PROCEDIMENTO DO
SERVIÇO DE ENFERMAGEM -
Consulta de Enfermagem de
Preparação da Criança e Família para
a Cirurgia Programada

PROCEDIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM - Consulta de Enfermagem de Preparação da Criança e Família para a Cirurgia Programada

MANUAL DA DIRECÇÃO DE ENFERMAGEM

PROCEDIMENTO do serviço de enfermagem

--|--

PROCEDIMENTO N.º	_____
POLÍTICA N.º	1 DA DSE
ÁREA	PRESTAÇÃO DE CUIDADOS
DATA	

1. NOME:

CONSULTA DE ENFERMAGEM NA PREPARAÇÃO DA CRIANÇA E FAMÍLIA PARA A CIRURGIA PROGRAMADA

2. RESPONSABILIDADE:

ENFERMEIROS DA CONSULTA EXTERNA RESPONSÁVEIS PELA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À CRIANÇA E FAMÍLIA

3. ÂMBITO DE INTERVENÇÃO:

APLICA-SE A TODAS AS CRIANÇAS E FAMÍLIAS QUE VÃO SER SUBMETIDAS A CIRURGIA PROGRAMADA

4. FINALIDADE:

- PROMOVER A PREPARAÇÃO DA CRIANÇA E FAMÍLIA PARA A CIRURGIA PROGRAMADA, UNIFORMIZANDO PROCEDIMENTOS;

5. OBJECTIVOS:

- DIMINUIR O MEDO, AS CONSEQUÊNCIAS NEGATIVAS DA HOSPITALIZAÇÃO E O RISCO DE COMPLICAÇÕES RELACIONADAS COM A CIRURGIA;
- GARANTIR O BEM-ESTAR DA CRIANÇA E A GESTÃO DIFERENCIADA DA DOR;
- FACILITAR A ADAPTAÇÃO E O DESEMPENHO DA PARENTALIDADE FACE À SITUAÇÃO CIRÚRGICA;
- CONTRIBUIR PARA A SATISFAÇÃO DAS NECESSIDADES DA CRIANÇA E FAMÍLIA RELACIONADAS COM A HOSPITALIZAÇÃO E CIRURGIA.

6. NOTAS TÉCNICAS:

▪ O QUE É A PREPARAÇÃO PARA A CIRURGIA?

Intervenção autónoma de Enfermagem, inserida num contexto de atuação multiprofissional, em que o enfermeiro assume a responsabilidade pelo diagnóstico, implementação de estratégias organizadas e procedimentos sistematizados de acordo com o estágio de desenvolvimento da criança, que facilitam a preparação da criança e família para a cirurgia;

▪ PORQUÊ PREPARAR PARA A CIRURGIA?

A experiência da hospitalização e a cirurgia na criança, são potenciadores de ansiedades e de medos, podendo representar uma experiência traumática para a criança e família;

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
1	Enfª Sandra Ferreira Data: Maio 2016	Enfª Data:	Data:

A preparação da criança e família para a cirurgia, proporciona-lhes a aquisição de competências que lhe permitem lidar ou enfrentar a situação desconhecida como a hospitalização e a cirurgia. A preparação é a melhor forma de diminuir o medo e a ansiedade pré-operatória. Preparar a criança e família permite diminuir o medo o medo e a ansiedade manifestado pelos pais e o experimentado pelas crianças;

A preparação da criança e família para a cirurgia é um dos procedimentos mais eficaz para reduzir o medo e a ansiedade, traz benefícios quer na diminuição dos efeitos traumáticos durante a hospitalização, quer na redução de alterações do comportamento no pós-operatório e alta;

Um programa de preparação pré-operatório da criança e família deve, beneficiar a expressão de sentimentos e emoções, a transmissão de informação, a modelagem e a brincadeira lúdica, de forma a munir a criança e a família de estratégias de adaptação e a criar relação de confiança com a equipa de saúde.

(OE, 2011)

▪ **AMBITO DE APLICAÇÃO**

Atendimento de enfermagem em contexto de ambulatório, dirigido à criança e família com cirurgia programada.

▪ **CRITÉRIOS DE INCUSÃO:**

- Idade da criança entre os 0 e os 18 anos de idade;
- Especialidades cirúrgicas envolvidas: Cirurgia Pediátrica, Ortopedia, Otorrinolaringologia.

7. ORIENTAÇÕES GERAIS:

A preparação para a cirurgia deve atender aos seguintes fatores:

- Idade da criança;
- Desenvolvimento da criança (nível de compreensão – cognitivo/adaptativo);
- Experiência prévia de internamento e cirurgia;
- Tipo de cirurgia (urgência ou programada);
- Características da família.

8. DURAÇÃO DO ATENDIMENTO E TEMPO RECOMENDADO ENTRE A PREPARAÇÃO E A CIRURGIA DE ACORDO COM A IDADE DA CRIANÇA:

ESTÁDIO DE DESENVOLVIMENTO	ALVO DA PREPARAÇÃO	DURAÇÃO DO ATENDIMENTO	TEMPO RECOMENDADO ENTRE A PREPARAÇÃO E A CIRURGIA
Toddler (1 aos 3 anos)	-Família	10-15min	5 a 10 dias antes da cirurgia
Pré – escolar (3 aos 6 anos)	-Família (na criança de 4-5anos) -Criança (de acordo com o desenvolvimento cognitivo temperamento da criança)	10-15 Min	< 5 anos (1 a 2 dias antes da cirurgia, conducente ao pensamento mágico e fantasioso da criança) 5/6 Anos (1 semana antes da cirurgia)
Escolar (6 aos 11/12 anos)	-Criança -Família	20 Min	5 a 10 dias antes da cirurgia
Pré-adolescência (10-13 anos)	-Criança -Família	20 Min	5 a 10 dias antes da cirurgia
Adolescência (13-18 anos)	-Criança -Família	20min	Deve ser iniciada preparação assim que houver decisão cirúrgica

Fonte: Hockenberry & Wilson (2014); OE (2011).

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
1	Enfª Sandra Ferreira Data: Maio 2016	Enfª Data:	Data:

9. MATERIAL NECESSÁRIO:

MATERIAL HOSPITALAR EM TAMANHO REAL	MATERIAL AUDIOVISUAL	MATERIAL LÚDICO	LIVROS	BRINQUEDOS E JOGOS	OUTROS MATERIAS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Máscara cirúrgica descartável; ▪ Barrete de cirurgião com atilhos; ▪ Luvas descartáveis; ▪ Ligaduras; ▪ Compressas; ▪ Cateter endovenoso sem mandril; ▪ Torneira de três vias; ▪ Frasco de soro; ▪ Garrote; ▪ Seringas; ▪ Eléctrodos; ▪ Sistema de administração de soro; ▪ Pensos cirúrgicos; ▪ Adesivos; ▪ Penso anestésico local (EMLA®). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentação de fotografias: <ul style="list-style-type: none"> - Serviço de internamento de pediatria; - Percurso para o bloco operatório; - Bloco Operatório; - Unidade de cuidados pós anestésicos (UCPA); ▪ Apresentação de vídeo: <ul style="list-style-type: none"> -Anestesia em pediatria-CAR, disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=5-PtIOrxPPY 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Folhas brancas; ▪ Lápis de cor; ▪ Desenhos para colorir alusivos ao hospital e cirurgia. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A Anita no Hospital (3 aos 6 anos); ▪ O Diogo vai ser Operado; ▪ O Nuno vai ao Hospital (2 aos 4 anos); ▪ Um dia no Hospital dos Pequeninos; ▪ Quando estás doente ou no hospital; ▪ A visita do bolinha ao hospital (3 aos 6 anos). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Legos de construção e outros brinquedos; ▪ Puzzle – o corpo humano; ▪ Material Hospitalar de brincar; ▪ Playmobil®: <ul style="list-style-type: none"> - Sala de operações; - Quarto de Hospital. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Silhuetas –o corpo humano ▪ Folhetos informativos: <ul style="list-style-type: none"> - “VOU SER OPERADO – Informações para a criança e família”; - “VOU SER OPERADO – Guia de acolhimento ao serviço de internamento de Pediatria”; - “O MEU FILHO VAI SER OPERADO – Orientações para ajudar a diminuir o medo da cirurgia”.

10. SEQUÊNCIA LÓGICA DAS TAREFAS

10.1.FASE PREPARATÓRIA:

O enfermeiro:

- Reúne todo o material necessário ao atendimento (numa sala da consulta de ambulatório preparada para o efeito, área livre de ameaças);
- Apresenta-se, promovendo o acolhimento;
- Confirma a identificação do cliente;
- Instala a criança e família confortavelmente, promovendo um ambiente tranquilo e seguro.

10.2.DURANTE PROCEDIMENTO:

O enfermeiro:

- Realiza a **entrevista de avaliação inicial**, colhendo dados sobre:
 - Experiência prévia de hospitalização e cirurgia;
 - Compreensão da criança e família sobre o estado de saúde;
 - Conhecimentos da criança sobre a cirurgia a que vai ser submetida;
 - Conhecimentos da família sobre a cirurgia;
 - Medos em geral e de procedimentos específicos (sintomas emocionais, cognitivos e físicos);

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
1	Enfª Sandra Ferreira Data: Maio 2016	Enfª Data:	Data:

- Hábitos de vida, lúdicos, estilo de confronto da criança, composição familiar, e fatores culturais e religiosos;
- Alergias;
- Colhe história de dor pelo treino da escala de avaliação, e reconhece as medidas farmacológicas e não farmacológicas de gestão/controlo da dor, que a criança utiliza;
- Avalia Sinais Vitais (TA; FC; FR; SaO2; temperatura);
- Permite o esclarecimento de dúvidas e verbalização de medos por parte da criança e família;
- Valoriza os medos particulares de cada idade, clarificando conceitos e esclarecendo dúvidas da criança e família;
- Individualiza cuidados, fazendo diagnósticos e planeando as intervenções adequadas ao estágio de desenvolvimento e características da criança e família;
- Mobiliza estratégias de luta contra o medo, permitindo à criança o manuseamento do material hospitalar disponível, material lúdico, jogos e brinquedos de acordo com a idade e nível de desenvolvimento;
- Promove a aproximação antecipatória à situação real, quanto ao ambiente hospitalar:
 - Localização, características físicas e de funcionamento do serviço de internamento, circuito peri-operatório, material hospitalar; fardamento dos profissionais de saúde, unidade de cuidados pós anestésicos - UCPA;
- Esclarece falsos conceitos, dúvidas e fantasias relacionados com o significado atribuído à anestesia:
 - Pré-medicação anestésica;
 - Tipo de indução anestésica
 - Papel do enfermeiro, cirurgião e anestesista;
 - Reação da criança esperada no pós-operatório imediato.
- Fornece informação relacionada com:
 - Tempo provável de internamento;
 - Importância de trazer um objeto significativo da criança;
 - Cuidados de higiene operatórios, roupas e adornos metálicos;
 - Necessidade de jejum pré-operatório, de acordo com dieta e diversidade alimentar da criança;
 - Permanência dos pais no hospital, acompanhamento no serviço de internamento, bloco operatório e UCPA.
- Facilita a adaptação à alteração da imagem corporal no pós-operatório, fornecendo informação sobre:
 - Partes do corpo que vão estar envolvidas no procedimento cirúrgico, fazendo uso de silhuetas do corpo humano e fotografias;
- Provê os pais de informação sobre as estratégias de suporte/apoio à criança, facilitadoras do processo de tratamento e recuperação e desempenho da função parenteral;
- Consolida a informação transmitida pela entrega de folhetos informativos:
 - "VOU SER OPERADO – Informações para a criança e família";
 - "VOU SER OPERADO – Guia de acolhimento ao serviço de internamento de Pediatria";
 - "O MEU FILHO VAI SER OPERADO – Orientações para ajudar a diminuir o medo da cirurgia".
- Aplica creme ou penso anestésico local EMLA® à criança, no caso de esta necessitar de realizar análises pré-operatórias;
- Valida a informação transmitida, adequando intervenções de enfermagem;

10.3. APÓS O PROCEDIMENTO:

O enfermeiro:

- Regista em processo clínico eletrónico, a informação colhida, atividades envolvidas, intervenções de enfermagem, comportamentos e reações da criança e família, de acordo com os focos de atenção trabalhados durante o atendimento.

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
1	Enfª Sandra Ferreira Data: Maio 2016	Enfª Data:	Data:

11. APÊNDICES

LAYOUT PARA REGISTOS “CONSULTA DE ENFERMAGEM NA PREPARAÇÃO DA CRIANÇA E FAMÍLIA PARA A CIRURGIA PROGRAMADA”

“Consulta de enfermagem na preparação da criança e família para a cirurgia programada”

Data: __ / __ / ____	NP:
Nome:	DN: __ / __ / ____
Nome preferido	Idade:
Pessoa Significativa	Contactos:

Diagnóstico Pré-operatório:
Cirurgia Proposta:
Data Provável da Cirurgia: __ / __ / ____

Sinais Vitais			
FC: ____ pp/min	Temp: ____ °C	FR: ____ cc/min Caract:	T.A.: __ / __ mmHg

Exames complementares de Diagnóstico	
Análises: <input type="checkbox"/>	ECG: <input type="checkbox"/> RX Torax: <input type="checkbox"/> Outros: <input type="checkbox"/> _____

Alvo da preparação	
Criança: <input type="checkbox"/>	Pais: <input type="checkbox"/> Outros: <input type="checkbox"/> Quem: _____

História de dor	
Experiências de dor / características da dor:	
Fatores de alívio e de agravamento:	
Medidas farmacológicas _____	
Medidas não farmacológicas _____	

Experiências anteriores de internamento ou doença?	
Cirurgia: <input type="checkbox"/>	Internamento: <input type="checkbox"/> Episódio de urgência: <input type="checkbox"/> Outro: <input type="checkbox"/> _____

Estilo de Confronto	
Repressivo: <input type="checkbox"/>	Sensitivo: <input type="checkbox"/> Neutro: <input type="checkbox"/>
Hábitos culturais e religiosos:	
Composição da família:	

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
1	Enfª Sandra Ferreira Data: Maio 2016	Enfª Data:	Data:

Atividade de Vida		
Pele e Tegumentos		
Hábitos de higiene pessoais:		
Temperatura		
Medidas de controlo e arrefecimento:		
Alimentação		
Tipo de Alimentação:	Alimentos preferidos:	Alimentos que não gosta:
Eliminação		
Padrão de eliminação:		
Mobilidade		
Necessita de ajuda ou utiliza meios de apoio para se mover? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Quais: _____		
Comunicar		
Como comunica?		
Sono/Repouso		
Quantas horas dorme por dia / Quais os hábitos de dormir:		
Recreação		
Brincadeiras / hábitos lúdicos / brinquedos preferidos:		
Alergias / Outros		

Medos
Quais:
Estratégias de luta contra o medo que utiliza:

Reações da criança	Reações da família
Ansioso <input type="checkbox"/>	Ansioso <input type="checkbox"/>
Tranquilo <input type="checkbox"/>	Tranquilo <input type="checkbox"/>
Agressivo <input type="checkbox"/>	Agressivo <input type="checkbox"/>
Colaborante <input type="checkbox"/>	Colaborante <input type="checkbox"/>
Satisfeito <input type="checkbox"/>	Satisfeito <input type="checkbox"/>
Triste <input type="checkbox"/>	Triste <input type="checkbox"/>
Confiança <input type="checkbox"/>	Confiança <input type="checkbox"/>
Desconfiança <input type="checkbox"/>	Desconfiança <input type="checkbox"/>

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
1	Enfª Sandra Ferreira	Enfª	
	Data: Maio 2016	Data:	Data:

Conhecimentos da criança sobre a cirurgia	
Anestesia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Tipo de cirurgia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Parte do corpo envolvida: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Serviço de Internamento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Circuito peri-operatório: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Material hospitalar: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Cuidados pré-operatórios: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Cuidados pós-operatórios: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Treino de escala de dor: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual: _____	
Técnicas de relaxamento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Técnicas de Distração: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

Conhecimentos da família sobre a cirurgia	
Anestesia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Tipo de cirurgia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Parte do corpo envolvida: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Serviço de Internamento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Circuito peri-operatório: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Material hospitalar: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Cuidados pré-operatórios: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Cuidados pós-operatórios: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Treino de escala de dor: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual: _____	
Técnicas de relaxamento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Técnicas de Distração: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

Focos de atenção	Diagnósticos de Enfermagem
Dor	<ul style="list-style-type: none"> - Autocontrolo dor; - Conhecimento do prestador de cuidados sobre a gestão dos analgésicos; - Aprendizagem de capacidades para gerir a dor; - Aprendizagem de capacidades para utilizar estratégias não farmacológicas de alívio da dor.
Medo	<ul style="list-style-type: none"> - Medo (atual) - Autocontrolo do medo (atual)
Parentalidade	<ul style="list-style-type: none"> - Potencial para o desenvolvimento da capacidade parental; - Parentalidade comprometida.
Tomar conta	<ul style="list-style-type: none"> - Risco de <i>stress</i> do prestador de cuidados por tomar conta; - <i>Stress</i> (atual) do prestador de cuidados por tomar conta; - Potencial para desenvolvimento da capacidade do prestador de cuidados para tomar conta.

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
1	Enfª Sandra Ferreira	Enfª	
	Data: Maio 2016	Data:	Data:

Intervenções de enfermagem associadas aos diagnósticos de enfermagem	
Ensinar sobre tipo de cirurgia e anestesia	<input type="checkbox"/>
Ensinar sobre partes do corpo envolvidas	<input type="checkbox"/>
Ensinar sobre circuito peri-operatório	<input type="checkbox"/>
Informar sobre cuidados pré-operatórios	<input type="checkbox"/>
Informar sobre cuidados pós-operatórios	<input type="checkbox"/>
Informar sobre rotinas de internamento	<input type="checkbox"/>
Informar sobre material hospitalar	<input type="checkbox"/>
Treinar escala de avaliação da dor	<input type="checkbox"/>
Ensinar estratégias de confronto: Autoinstrução <input type="checkbox"/> Pensamento positivo <input type="checkbox"/>	
Ensinar técnicas de relaxamento: Respiração lenta e profunda <input type="checkbox"/> Respiração diafragmática <input type="checkbox"/> Ciclo respiratório <input type="checkbox"/> Contração e descontração dos membros <input type="checkbox"/>	
Executar brincadeira lúdica	<input type="checkbox"/>
Executar técnicas de distração	<input type="checkbox"/>
Informar através de folheto informativo: "VOU SER OPERADO – Informações para a criança e família"	<input type="checkbox"/>
Informar através de folheto informativo: "VOU SER OPERADO – Guia de acolhimento ao serviço de internamento de Pediatria"	<input type="checkbox"/>
Informar através de folheto informativo: "O MEU FILHO VAI SER OPERADO – Orientações para ajudar a diminuir o medo da cirurgia"	<input type="checkbox"/>
Avaliar resposta ao ensino Adquirido <input type="checkbox"/> Não adquirido <input type="checkbox"/>	

Material Utilizado	
Livro de histórias <input type="checkbox"/>	Material hospitalar em brinquedo <input type="checkbox"/>
Puzzle "o corpo humano" <input type="checkbox"/>	Silhuetas "O corpo humano" <input type="checkbox"/>
Fotografias do ambiente peri-operatório <input type="checkbox"/>	Vídeo "Anestesia em pediatria" <input type="checkbox"/>
Material hospitalar em tamanho real <input type="checkbox"/>	Folhetos informativos <input type="checkbox"/>
Outro: _____	

Enfermeiro responsável pela preparação: _____

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
1	Enfª Sandra Ferreira Data: Maio 2016	Enfª Data:	Data:

11.1. ASPETOS DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA A CONSIDERAR

DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA								
	Cognitivo Piaget	Psicossocial Erikson	Imagem corporal	Social	Identidade de Gênero	Moral Kohlberg	Sexualidade	Espiritual
LACTETES (até 1 ano)	Sensório-motor (nascimento até aos 2anos)	Aquisição do senso de <i>Confiança vs Desconfiança</i>	Conceito de objeto permanente	Comunicação social – riso social Apego Linguagem Brincar		---		---
PRIMEIRA INFÂNCIA <i>Toddler (1 – 3 anos)</i>	Sensório motor (12 – 24meses) 2 sub-estádios: - Reações circulares terciárias (23-18m) - Invenção de novos significados através de combinações mentais (19m-24m)	Aquisição do senso de <i>Autonomia vs Vergonha</i>	Autoconsciência – reconhece a utilidade das partes corporais e gradualmente os seus nomes Reconhecem diferenças de género – 2 anos	Diferenciação do eu de pessoas significativas Separação Individualização Objetos transicionais Linguagem Comportamento pessoal-social Brincar	Senso de masculinidade e feminilidade 3 anos	---		
<i>Pré-escolares (3 – 6 anos)</i>	Pensamento pré-operacional Fase intuitiva 4-7a	Aquisição do senso de <i>Iniciativa vs Culpa</i>		Linguagem Comportamento pessoal-social Brincar	Nível convencional ou pré-moral Conceito de punição e obediência (2-4a)			Influenciado pelo cognitivo Conceito concreto de Deus com características físicas
INFÂNCIA MÉDIA <i>Idade Escolar (6 – 11/12 anos)</i>	Operações concretas Raciocínio indutivo e início do raciocínio lógico (7-11a)	Senso de construtividade <i>Diligência vs Inferioridade</i>	Desenvolvimento do autoconceito	Relacionamento social, familiar e cooperação Brincar		Conhecem as regras e os comportamentos esperados, mas não pensam sobre eles		Fascinadas com conceitos de céu e inferno Esperam ser punidas pelo mau comportamento Podem ver as doenças como uma punição
INFÂNCIA TARDIA <i>Pré-adolescência (10-13 anos)</i> <i>Adolescência (13-18 anos)</i>	Operações Formais Raciocínio dedutivo e abstrato (11-15a)	Senso de <i>identidade vs confusão de papéis</i>	Sentem-se desconfortáveis com o seu corpo alterado Comparam-se com os outros Fazem julgamentos a respeito da sua própria normalidade	Relacionamento com os pares Interesse e atividade		Compreendem e responsabilidades e deveres com base em direitos recíprocos e conceitos de justiça	Mudanças hormonais, físicas, cognitivas e sociais Competência de tomada de decisão	Questionam os valores e ideias da sua família

Fonte: Hockenberry & Wilson (2014); Papalia, Olds & Feldman, (2009).

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
1	Enfª Sandra Ferreira Data: Maio 2016	Enfª Data:	Data:

MANUAL DA DIRECÇÃO DE ENFERMAGEM

PROCEDIMENTO do serviço de enfermagem

--|--

11.2. IDADES OTIMAS PARA CIRURGIAS

QUISTO DA CAUDA DA SOBRANCELHA	>6 meses
HELIX VALGUS (ORELHAS DE ABANO)	>5 anos
FENDA LABIAL	>2 meses*
FENDA PALATINA	>3/18 meses*
QUISTOS E FÍSTULAS BRAQUEAIS	Qualquer idade*
HÉRNIA UMBILICAL	>4 anos
HÉRNIA INGUINAL / INGUINO-ESCROTAL	ao diagnóstico
HIDROCELO COMUNICANTE E QUISTO DO CORDÃO	12-18 meses
CRIPTORQUIDIA BIATERAL	ao diagnóstico
CRIPTORQUIDIA UNLATERAL	12-24 meses
TORSÃO DO TESTÍCULO	emergência
FIMOSE	Após os 5 anos
FIMOSE COM BALANITES OU ITU**	Avaliar caso a caso
PARAFIMOSE	Urgência
HÍMAN IMPERFURADO	ao diagnóstico
HIOSPÁDIAS – meato punctiforme	ao diagnóstico
HIOSPÁDIAS – cirurgia corretiva	>1 ano
SINDACTILIA*	>6 meses
POLIDACTILIA	variável /localização
HEMO E LINFAGIOMA	ao diagnóstico

*ao critério do cirurgião

**Infecção do trato urinário

***nem todos têm indicação cirurgica

Adaptado: DGS (2013, p.50)

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
1	Enfª Sandra Ferreira Data: Maio 2016	Enfª Data:	Data:

11.3.MEDOS COMUNS NA CRIANÇA/JOVEM DE ACORDO COM O ESTÁDIO DE DESENVOLVIMENTO

	Idades	Medos Comuns	Relação com Perturbações De Ansiedade
Lactente	0 - 6 meses	- Estímulos ruidosos, intensos e desconhecidos; - Perda de apoio	- Reatividade elevada; - Regulação baixa.
	6 – 12/18 meses	- Pessoas e situações estranhas/desconhecidas; - Ansiedade de separação; - Alturas.	- Inibição comportamental; - Timidez; - Vinculação insegura.
Primeira Infância	1 - 3 anos (Toddler)	- Ansiedade de separação; - Estranhos; - Animas; - Objetos grandes.	- Fobia animal.
	3 - 6 anos (Pré-escolar)	- Mutilação do corpo (castração); - Escuro; - Máscaras; - Catástrofes; - Pessoas más; - Ausência dos pais; - Ficar sozinho;	- Perturbação de ansiedade de separação; - Timidez por autoconsciência.
Segunda Infância	6 - 10/12 anos (Escolar)	- Desconhecido; - Mutilação/ dano corporal; - Ridículo; - Criaturas imaginárias/ bruxas/ fantasmas; - Preocupação com ferimentos, acidentes e doenças; - Desempenho escolar; - Sobrenatural.	- Perturbação de ansiedade.
Infância Tardia	10/12 – 13 anos (Pré-adolescência)	-Preocupação com as amigas, desempenho escolar e aparência física; - Morte; - Escuro.	- Fobia Social;
	13-18 anos (Adolescência)	- Preocupação com as relações heterossexuais; - Imagem corporal alterada; - Morte; - Independência e planos de vida; - Receio de falhar.	- Agorafobia (medo de estar em espaços abertos e com muita gente); - Perturbações de pânico.

Fonte: Alexander & Rothrock (1997); DGS (2013); Hockenberry & Wilson (2014); OE (2011); Ollendick & March (2003); Papalia, Olds, & Feldman (2001).

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
1	Enfª Sandra Ferreira Data: Maio 2016	Enfª Data:	Data:

11.4. ESTRATÉGIAS DE LUTA CONTRA O MEDO A UTILIZAR, DE ACORDO COM O ESTADIO DE DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

	Características	Estratégias de luta contra o medo	
		Gerais	Específicas
Lactente (0 até 1 ano)	(0 aos 6 meses) - Nos pais, o medo e ansiedade são máximos; - Na criança, o medo e a ansiedade são mínimos; - Chora quando desconfortável e responde com sons guturais em situações de prazer; - Sorri, tem boa resposta social à aproximação de uma face familiar	- Dotar os pais de informações sobre o que vai acontecer e as sensações e reações que a criança pode ter; - Esclarecer dúvidas aos pais; - Incentivar a presença dos pais e/ou mante-los na linha de visão da criança; - Usar objetos que tranquilizem e transmitam segurança à criança (chucha, fralda, de pano...); - Planear cuidados de acordos com as rotinas diárias da criança; - Utilizar voz suave; cantar, oferecer brinquedo ao segurar a criança proporcionando distração; - Não tocar na criança logo ao primeiro contacto; - Permitir a presença de brinquedos ou objeto pessoal/significativo para promoção de conforto e confiança.	- Envolver os pais nos cuidados; - Usar medidas de conforto. Mimos e colo; - Promover o relaxamento da criança: _ Sucção não-nutritiva ou dedo proporciona sensações de prazer que ajudam a controlar o medo; _ Sorrir, falar e cantar suavemente; _ Embalar a criança suavemente em arco; _ Posicionamentos de conforto e contenção de movimentos de agitação e descoordenação, no sentido de dar limite ao corpo e promover tranquilidade e a organização da criança; _ Toque terapêutico, toque em borboleta e massagem; _ Usar distração: brinquedos de cores vivas e que produzam sons: roca, livros com música, com texturas e em relevo...
	(6 meses até 1 ano) - O medo e a ansiedade da separação são máximos; - A criança reage com protesto, desespero, negação e desconfiança à separação, à lesão corporal e à perda de controlo; - Distingue familiares de estranhos; - Demonstra afeto.		
Toddler (1 aos 3 anos)	- Nos pais o medo e a ansiedade são máximos à separação. - Na criança o medo e a ansiedade são máximos à separação. - Capacidade para recordar, mas não compreende as experiências de hospitalização prévias; - Relação de apego bem desenvolvida; - Fraca capacidade para em suportar a frustração; - Egocêntrico, início do pensamento mágico e simbólico; - Tem prazer em imitar e em repetir as experiências; - A criança reage: _ à separação com protesto e agressão verbal; _ à perda de controlo com regressão; _ à lesão corporal e dor com choro, crises de birras, resistência física, não cooperação.	- Dotar os pais de informações sobre o que vai acontecer e as sensações e reações que a criança pode ter; - Esclarecer dúvidas aos pais; - Incentivar a presença dos pais e/ou mante-los na linha de visão da criança; - Tocar e dar afetos; - Usar objetos que tranquilizem e transmitam segurança à criança (chucha, fralda, de pano...); - Planear cuidados de acordos com as rotinas diárias da criança; - Encorajar a participação dos pais nos cuidados; - Contenção de movimentos de agitação, no sentido de dar limite ao corpo e proporcionar segurança à criança; - Desencorajar a regressão e estimular a autonomia nos cuidados corporais; - Enfatizar a cooperação da criança: ordens e escolhas simples; - Manter objetos ameaçadores fora do campo de visão; - Permitir o manuseamento de material lúdico-pedagógico (p.e. <i>Playmobil</i>).	- Envolver os pais nos cuidados; - Usar medidas de conforto. Mimos e colo; - Proporcionar a brincadeira lúdica durante 5 a 10min: _ Modelagem (através de boneco não significativo); _ Contar histórias, (p.e. " O Diogo vai ser Operado"); _ Distração, canções infantis que a criança possa reconhecer, música, jogos de encaixe... - Ensinar técnicas de relaxamento criativo (p.e. bater palmas com força e deixar cair leves como o algodão) e de respiração diafragmática pedindo que sopra com força (p.e. bolas de sabão, apitos coloridos tipo língua da sogra...).

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
1	Enfª Sandra Ferreira	Enfª	
	Data: Maio 2016	Data:	Data:

<p>Pré – escolar (3 aos 6 anos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolvimento do pensamento e representação simbólica; - O medo e ansiedade causam sentimentos de culpa; - Tolera mais facilmente a separação; - Perceciona os procedimentos invasivos como uma punição; - Fantasia medos irreais; - Preocupa-se com a integridade física; - A criança reage: <ul style="list-style-type: none"> _à separação com protesto e agressão verbal e física, negação...; _à perda de controlo com regressão; _à lesão corporal e dor com culpabilização, choro, gritos, verbalizações de “ai”, “dói”, agarra-se aos pais, solicita suporte emocional (abraço, mimos...). 	<ul style="list-style-type: none"> - Preparar os pais e a criança separadamente, quando possível; - Manter a presença dos pais; - Permitir o manuseamento de material lúdico-pedagógico (p.e. Playmobil), esclarecendo dúvidas e receios; - Utilizar palavras neutras para descrever os procedimentos; - Estimular a verbalização de ideias e sentimentos; - Questionar a criança porque acha que vai ser operada - Esclarecer o porquê da cirurgia; - Usar histórias para explicar procedimentos; - Encorajar a participação na tomada de decisões; - Elogiar a ajuda e cooperação; - Manter os objetos ameaçadores fora do campo de visão, exceto quando mostrados ou usados nela; - Permitir que a criança manuseie objetos desconhecidos para diminuir a ansiedade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar a brincadeira lúdica: <ul style="list-style-type: none"> _Contar histórias, p.e. “A Anita no Hospital”; _Modelagem ou dramatização iniciada cerca de 30 min antes do procedimento (através de bonecos, Playmobil...); _Visualização de fotografias sobre o circuito peri-operatório; _Uso do desenho da silhueta corporal ou puzzle do copo humano para identificar o local do procedimento; _Distração, canções infantis, música, vídeos, jogos de encaixe, quebra-cabeças... - Ensinar técnicas de relaxamento criativo (p.e. bater palmas com força e deixar cair leves como o algodão) e de respiração abdominal ou diafragmática pedindo que sopre com força (p.e. bolas de sabão, apitos coloridos tipo língua da sogra...), respiração lenta ou profunda, posição de conforto...; - Ensinar estratégias de confronto como a autoinstrução ajudando a criança a encontrar factos e pensamentos positivos sobre o acontecimento gerador de medo, (p.e. não demora muito, vai correr bem, sou capaz, tenho o meu amiguinho comigo...).
<p>Escolar (6 aos 11/12 anos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sentido de dinamismo e competência; - Facilidade em expressar os medos; - Mais autocontrolo; - Tolera bem a separação; - Compreende as regras; - Vontade em adquirir novos conhecimentos; - A criança reage: <ul style="list-style-type: none"> _à separação: pais e pares com protesto e medo de não acompanhar os pares; _à perda de controlo com solidão, isolamento, apatia, raiva, frustração; _à lesão corporal e dor com medo da incapacidade e da morte, medo de procedimentos na área genital, tentativa de adiamento... 	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar os procedimentos, usando a terminologia científica correta; - Explicar os motivos para o procedimento; - Explicar o funcionamento do material e equipamento utilizado; - Permitir o manuseamento do material hospitalar e material lúdico-pedagógico; - Esclarecer dúvidas; - Explicar à criança o que é esperado dela; - Envolver na tomada de decisão, na participação nos cuidados e tarefas simples (p.e. segurar o adesivo); - Reforçar a autoestima e a imagem positiva de si próprio; - Estimular a realização de atividades de lazer da sua preferência. 	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar a brincadeira lúdica: <ul style="list-style-type: none"> _ Puzzle do corpo humano e sistemas do corpo humano; _Contar histórias, p.e. “A Anita no Hospital”; _Modelagem ou dramatização iniciada cerca de 30 min antes do procedimento (através de bonecos, Playmobil...); _Visualização de fotografias sobre o circuito peri-operatório; _Distração, música da sua preferência, vídeos, puzzles, quebra-cabeças... - Ensinar técnicas de relaxamento (p.e. respiração diafragmática, lenta ou profunda, ciclo respiratório, contração e descontração dos membros através de bolas antistress, posicionamento para conforto, toque terapêutico...); - Ensinar estratégias de confronto como a autoinstrução ajudando a criança a encontrar factos e pensamentos positivos sobre o acontecimento gerador de medo, (p.e. não demora muito, vai correr bem, sou capaz...); - Usar o contrato comportamental informal definindo comportamentos de cooperação, regalias e elogio.

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
1	Enfª Sandra Ferreira	Enfª	
	Data: Maio 2016	Data:	Data:

MANUAL DA DIRECÇÃO DE ENFERMAGEM

PROCEDIMENTO do serviço de enfermagem

--|--

Pré-adolescência (10-13 anos)	<ul style="list-style-type: none">- Pensamento e raciocínio abstrato- Consciência da autoimagem com medo da alteração da imagem corporal e incapacidade;- Luta pela independência, com medo de perda de controlo;	<ul style="list-style-type: none">- Garantir a privacidade;- Envolver na tomada de decisão, opções e alternativas;- Encorajar a expressão de sentimentos, ideias e medos;- Explicar os motivos da cirurgia, os procedimentos, as razões dos mesmos e as suas consequências;	<ul style="list-style-type: none">- Ensinar técnicas de relaxamento (p.e. respiração diafragmática, lenta ou profunda, ciclo respiratório, contração e descontração dos membros através de bolas antistress, posicionamento para conforto, toque terapêutico...);- Ensinar estratégias de confronto como a autoinstrução ajudando a criança a encontrar factos e pensamentos positivos sobre o acontecimento gerador de medo, (p.e. não demora muito, vai correr bem, sou capaz...);
Adolescência (13-18 anos)	<ul style="list-style-type: none">- Necessidade de informação e de privacidade;- Identidade de grupo.	<ul style="list-style-type: none">- Discutir as implicações na imagem corporal;- Permitir a relação entre pares.	<ul style="list-style-type: none">- Usar técnicas de distração: livros, vídeos de interesse pessoal, jogos...

Fonte: Alexander & Rothrock (1997); DGS (2013); Hockenberry & Wilson (2014); OE (2011); Ollendick & March (2003); Papalia, Olds, & Feldman (2001).

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
1	Enfª Sandra Ferreira Data: Maio 2016	Enfª Data:	Data:

11.5.DIRETRIZES PARA COMUNICAR COM A CRIANÇA

- Proporcionar tempo à criança para se sentir à vontade;
- Evitar avanços súbitos ou rápidos, sorrisos exagerados e contacto visual prolongado;
- Falar com os pais se a criança se apresenta inicialmente, envergonhada;
- Comunicar através do objeto de transição, antes de questionar a criança diretamente;
- Assumir uma posição ao mesmo nível de olhar da criança;
- Falar com um tom de voz tranquilo, sem pressa e confiante;
- Falar de modo claro, concreto e empregando palavras simples e frases curtas;
- Expor diretivas e sugestões de modo positivo;
- Oferecer a possibilidade de escolha apenas quando esta existe;
- Ser honesto com a criança;
- Facilitar a expressão das suas preocupações e medos;
- Usar uma variedade de técnicas de comunicação.

Fonte: Hockenberry & Wilson (2014).

11.6.TÉCNICAS DE COMUNICAÇÃO COM ADOLESCENTES

- Dar atenção exclusiva
- Encorajar a expressão de ideias e sentimentos;
- Ser delicado, ter calma e mente aberta.
- Respeitar as suas perspetivas;
- Tolerar as diferenças;
- Reforçar aspetos positivos;
- Respeitar a sua privacidade;
- Evitar julgamentos;

Fonte: Hockenberry & Wilson (2014).

11.7.TÉCNICAS DE COMUNICAÇÃO CRIATIVA

VERBAIS	NÃO-VERBAIS
Mensagens do "EU"	
Técnica da terceira pessoa	
Resposta facilitadora	
Contar histórias	
Contar histórias mutuamente	Escrever
Biblioterapia	Desenho
Sonhos	Magia
Questões "E Se"	Brincadeira
Três Desejos	
Jogo de pontuação	
Jogo de associação de palavras	
Completar frases	
Prós e Contras	

Fonte: Hockenberry & Wilson (2014)

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
1	Enfª Sandra Ferreira Data: Maio 2016	Enfª Data:	Data:

MANUAL DA DIRECÇÃO DE ENFERMAGEM

PROCEDIMENTO do serviço de enfermagem

--|--

11.8. ORIENTAÇÕES PARA A REALIZAÇÃO DA COLHEITA DA HISTÓRIA DE DOR DA CRIANÇA

OBJETIVOS:

- Recolher informações sobre a história de dor;
- Planear intervenções, incorporando a informação sobre a história de dor.

DEFINIÇÃO DE HISTÓRIA DE DOR:

“... Colheita de informação que permita orientar a avaliação e o controlo da dor utilizando as fontes de informação documentais disponíveis, aliada à entrevista dos pais/cuidador principal ou da criança a partir dos 3 anos” (DGS, 2010).

PARÂMETROS A CONSIDERAR NA COLHEITA DE HISTÓRIA DE DOR:

- a) Características da dor (localização, intensidade, qualidade, duração, frequência e sintomas associados);
- b) Fatores de alívio e de agravamento;
- c) Uso e efeito de medidas farmacológicas e não farmacológicas;
- d) Formas de comunicar /expressar a dor;
- e) Experiências anteriores traumatizantes e medos;
- f) Habilidades e estratégias para enfrentar a dor e outros problemas de saúde;
- g) Comportamento da criança e ambiente familiar;
- h) Efeitos da dor na vida diária;
- i) Impacto emocional e socioeconómico.

COLHEITA DE HISTÓRIA DE DOR:

CRIANÇA	PAIS
Diz-me como é a tua dor	Que palavras o seu filho usa quando tem dor?
Diz-me como foram as tuas dores anteriores	Descreva as experiências anteriores de dor do seu filho
Contas aos outros quando tens dor? Se sim, quando?	O seu filho diz alguma coisa a si ou a outros quando tem dor?
O que fazes quando tens dores?	Como é que sabe que o seu filho está com dor?
O que queres que te façam quando tens dor?	Como é que o seu filho reage normalmente quando tem dor?
O que mais te ajuda a passar a dor?	O que faz quando o seu filho está com dor?
Existe mais alguma coisa em especial que queiras que eu saiba quando tiveres dor (se sim, a criança que descreva)?	O que melhor alivia a dor do seu filho?
	Existe qualquer coisa em especial que gostaria que eu soubesse sobre o seu filho ou a dor dele? (se sim, descreva)

Adaptado: Ordem dos Enfermeiros (2011).

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
1	Enfª Sandra Ferreira Data: Maio 2016	Enfª Data:	Data:

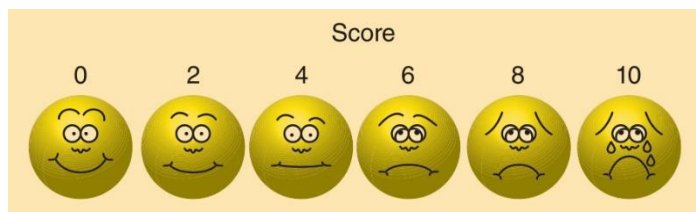
ESCALAS A UTILIZAR:

Menores de 4 anos ou crianças sem capacidade para verbalizar: FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) scale.

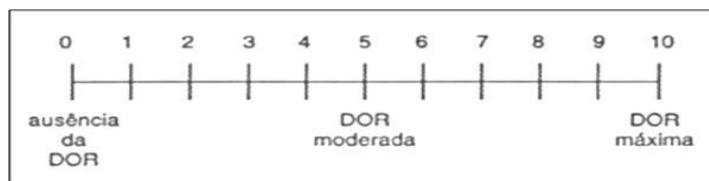
Categorias	Pontuação		
	0	1	2
Face	Nenhuma expressão especial ou sorriso	Caretas ou sobrancelhas franzidas de vez em quando, introversão, desinteresse	Temor frequente do queixo, mandíbulas cerradas
Pernas	Normais ou relaxadas	Inquietas, agitadas, tensas	Chutando ou esticadas
Atividade	Quieta, na posição normal, movendo-se facilmente	Contorcendo-se, movendo-se para a frente e para trás, tensa	Curvada, rígida ou com movimentos bruscos
Choro	Sem choro (acordada ou dormindo)	Gemidos ou choramingas; queixa ocasional	Choro continuado, grito ou soluço; queixa com frequência
Consolabilidade	Satisfeita, relaxada	Tranquilizado por toques, abraços ou conversas ocasionais; pode ser distraída	Difícil de consolar ou confortar

Avaliação da dor: 0-4 pontos (Dor leve); 5-7 pontos (Dor moderada); 8-10 (Dor intensa)

Entre 4 e 6 anos: Escala de faces de Wong-Baker. Válida a partir dos 3 anos.



A partir de 6 anos: EN (Escala Numérica);



Fonte: DGS, (2010)

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
1	Enfª Sandra Ferreira Data: Maio 2016	Enfª Data:	Data:

MANUAL DA DIRECÇÃO DE ENFERMAGEM

PROCEDIMENTO do serviço de enfermagem

--|--

11.9. RECURSOS FOTOGRÁFICOS

- Serviço de internamento de pediatria;



Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
1	Enfª Sandra Ferreira Data: Maio 2016	Enfª Data:	Data:

MANUAL DA DIRECÇÃO DE ENFERMAGEM

PROCEDIMENTO do serviço de enfermagem

--|--



Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
1	Enfª Sandra Ferreira Data: Maio 2016	Enfª Data:	Data:

MANUAL DA DIRECÇÃO DE ENFERMAGEM

PROCEDIMENTO do serviço de enfermagem

--|--

- Percurso para o bloco operatório;



Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
1	Enfª Sandra Ferreira Data: Maio 2016	Enfª Data:	Data:

MANUAL DA DIRECÇÃO DE ENFERMAGEM

PROCEDIMENTO do serviço de enfermagem

--|--

- Bloco Operatório;



Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
1	Enfª Sandra Ferreira Data: Maio 2016	Enfª Data:	Data:

MANUAL DA DIRECÇÃO DE ENFERMAGEM

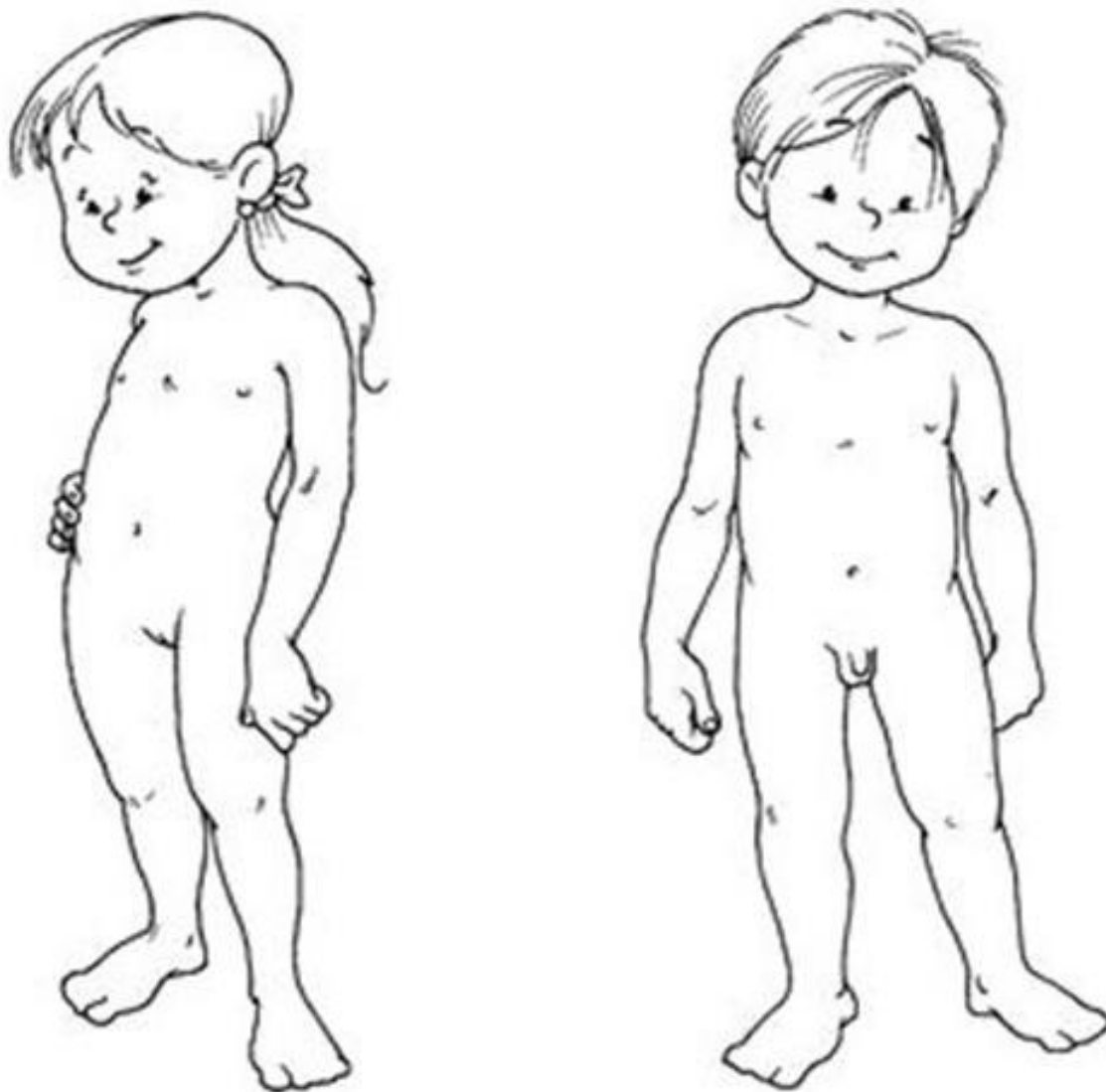
PROCEDIMENTO do serviço de enfermagem

--|--



Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
1	Enfª Sandra Ferreira Data: Maio 2016	Enfª Data:	Data:

11.10. SILHUETAS “O CORPO HUMANO” PARA CRIANÇAS DOS 6-10/12ANOS



Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
1	Enfª Sandra Ferreira Data: Maio 2016	Enfª Data:	Data:

11.11. FOLHETOS INFORMATIVO “VOU SER OPERADO – Informações para a criança e família”

VOU SER OPERADO

Informações para a criança e família

Quais os cuidados na véspera da cirurgia

- A criança deverá tomar banho completo e cortar as unhas;
- Retirar adornos (pulseiras, fios, anéis, brincos, piercings), verniz, lentes de contacto...;
- Deverá cumprir jejum (não comer alimentos sólidos até 6 horas antes da cirurgia e não ingerir líquidos até 4 horas antes da cirurgia).



O que levar para o hospital no dia da cirurgia

- Exames: RX, ECG, análises de sangue e a medicação que a criança toma habitualmente;
- Pijama, chinelos e roupa interior, escova de dentes;
- Objeto ou brinquedo preferido da criança.

Acompanhamento da criança durante o internamento

- Os pais ou acompanhantes podem permanecer junto da criança durante todo o internamento. No período noturno (22h às 8h), apenas pode ficar um dos acompanhantes.

O que é a anestesia

- É um conjunto de medicamentos que são administrados no Bloco Operatório, adequados à idade e peso da criança, e que permitem que esta durma, não sintam nem se recorde de nada.

11.12. FOLHETOS INFORMATIVO – “VOU SER OPERADO - Guia de acolhimento ao serviço de internamento de pediatria”

VOU SER OPERADO

Guia de acolhimento ao serviço de internamento de Pediatria

A preparação do seu filho no serviço de internamento

- No dia da cirurgia deverá dirigir-se ao Serviço de Internamento de Pediatria, acesso A (Piso 2HA) cerca de 1 hora antes da cirurgia para admissão;
- Será colocada uma pulseira de identificação ao seu filho e fornecida uma bata ou pijama, cueca descartável (ou fralda caso necessário) e touca de cabelo para vestir;
- O enfermeiro fará algumas questões sobre a história de saúde do seu filho e irá realizar alguns procedimentos pré-operatórios importantes como pesar (para cálculo de dosagem dos fármacos a administrar), verificar a temperatura (pois uma situação de doença atual como tosse, secreções ou febre pode inviabilizar a cirurgia) entre outros;
- De modo a adormecer a pele e reduzir a dor da picada, poderá ser aplicado um penso ou creme anestésico na mão ou braço da criança, cerca de uma hora antes do início da cirurgia;



- O enfermeiro irá fornecer um pequeno copo com medicação pré-anestésica cerca de 30 min antes da cirurgia, que o seu filho deverá ingerir na totalidade de forma a reduzir a ansiedade, podendo este ficar um pouco confuso ou até mesmo um pouco animado e despreocupado.

A ida para o Bloco Operatório

- Poderá acompanhar o seu filho até ao bloco operatório (para segurança, o seu filho deve ser transportado na cama, mesmo que este se mostre renitente a permanecer na mesma);
- A criança pode levar a sua chupeta e um objeto ou brinquedo preferido para o Bloco Operatório.

Durante a cirurgia

- Os pais devem manter-se sempre por perto do serviço de internamento ou contactáveis caso se ausentem;
- Não é recomendado aguardar pelo final da cirurgia junto ao Bloco Operatório, pois são zonas de acesso restrito por razões de segurança hospitalar.

Quando a cirurgia terminar

- A presença dos pais é muito importante para a criança no seu regresso ao serviço;
- Os pais serão convidados a acompanhar a criança no recobro cirúrgico. É importante que permaneça calmo junto da criança, dando-lhe todo o carinho possível para a tranquilizar;
- No acordar pós-operatório, é possível que a criança se encontre agitada e confusa devido ao efeito dos anestésicos, sendo muitas vezes difícil de acalmar ou confortar;
- Após este período de alguma inquietação, a criança ficará mais tranquila e poderá adormecer.
-

O regresso ao internamento

- Logo que possível e o seu filho se encontre bem acordado, de acordo com a avaliação do enfermeiro será fornecida uma refeição leve, em concordância com o tipo de cirurgia e anestesia a que a criança foi submetida;
- Se possível, para maior tranquilidade da criança, deve evitar-se visitas nas primeiras horas e restringir o elevado número de pessoas em simultâneo.
- A alimentação da criança internada poderá fazer parte do seu tratamento. É importante respeitar as indicações do médico e/ou enfermeiro. Não receba qualquer alimento do exterior sem consentimento dos profissionais de saúde;
- Poderá colaborar nalguns cuidados ao seu filho, de acordo com as orientações e ajuda do enfermeiro responsável.

O regresso a casa

- A alta será programada de acordo com a estado da criança (se ele comeu, se não teve vómitos, se tem dor controlada...) e após indicação do cirurgião e/ou anestesista;
- De forma a prevenir e detetar possíveis complicações, ser-lhe-ão fornecidas todas as orientações para os cuidados a ter em casa bem como o que é esperado que aconteça e sinais de alerta a que deve estar atento;
- Para quaisquer dúvidas que possam surgir, poderá sempre contactar o serviço de internamento.



11.13. FOLHETOS INFORMATIVO – “O MEU FILHO VAI SER OPERADO – ORIENTAÇÕES PARA O AJUDAR A DIMINUIR O MEDO DA CIRURGIA”

O MEU FILHO VAI SER OPERADO

Orientações para ajudar a diminuir o medo da cirurgia

<p>Antes dos 2 anos</p>	<p>As crianças não percebem o que está a acontecer, mas sentem a ansiedade dos pais. Estes devem preparar-se psicologicamente e manterem-se o mais calmos possível, esclarecendo as suas dúvidas junto dos profissionais de saúde. O medo da separação dos pais é uma constante na criança. Os objetos familiares e as pessoas são importante para o seu bem-estar. Acompanhe-a sempre ou faça-se substituir por alguém que lhe dê segurança. Leve o seu objeto, brinquedo favorito ou chupeta, pois são objetos familiares para a criança.</p>
<p>Dos 2 aos 3 anos</p>	<p>Nesta fase, as crianças ainda não têm uma correta perceção do tempo. Apesar das habilidades verbais serem limitadas, entendem mais do que são capazes de dizer. Dê explicações simples e concretas. Converse com a criança sobre a operação e o hospital um dia antes ou mesmo na véspera do internamento. Explique que no dia seguinte, vão ao hospital. Assegure-lhe que a acompanha, que vão levar o seu brinquedo preferido e que ela vai dormir um “soninho”. Prepare com a criança a sua mochila e peça-lhe que escolha uma roupa de dormir e um brinquedo para levar para o hospital.</p>
<p>Dos 3 aos 6 anos</p>	<p>Converse com a criança cerca de três a cinco dias antes da operação. Fale sobre o hospital. Dê explicações simples. Utilize palavras neutras para a informar, por ex: Cama “Cama com rodas”; Anestesia “cheirinho que faz sono”; Sala de indução “sala do soninho especial”. Brinque com a criança “aos enfermeiros e aos médicos”. Reforce que a operação é uma maneira de resolver o problema e não um castigo pelo seu comportamento. Seja honesto, especialmente sobre a separação e a dor potencial. Leve um brinquedo significativo ou fotografia.</p>
<p>Dos 7 aos 11 anos</p>	<p>A criança já tem correta noção do tempo. Pode informá-la da operação uma semana antes. Dê-lhe oportunidade de fazer perguntas e falar sobre as suas preocupações. Seja honesto. Explique-lhe o que vai ver no seu corpo depois da operação (pontos e pensos). Incentive-a a colocar questões ao médico e ao enfermeiro sobre o que lhe causa medo, a fim de clarificar as suas dúvidas e preocupações. Leve os seus objetos pessoais (roupas, chinelos e produtos de higiene) e material para distração e estudo (computador, consolas, livros escolares...).</p>
<p>Mais de 12 anos</p>	<p>Os adolescentes devem acompanhar as decisões médicas desde o início. A maioria deles, vai querer mostrar-se forte, apesar de ainda gostarem da presença dos pais. Fale com o seu filho sobre o que vai acontecer e incentive-o a participar na tomada de decisão. Incentive-o a esclarecer as suas dúvidas e preocupações com o médico ou enfermeiro, nomeadamente no que se relaciona com as zonas do corpo envolvidas na operação. Deve levar os seus objetos pessoais (roupas, chinelos e produtos de higiene) e, para se manter ocupado e distraído, aconselhe-o a levar objetos da sua preferência como: livros ou jogos, computador... Isso irá ajudá-lo a diminuir a ansiedade e a lidar com o tempo de internamento.</p>

Adaptado: Monteiro, J. A., Monteiro A., & Nelas, J. (2014).

Versão n.º	Elaborado por	Aprovado por	A Rever em
1	Enfª Sandra Ferreira	Enfª	
	Data: Maio 2016	Data:	Data:

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

Adaptado: OE (2011).



12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFIAS

- ✓ Alexander, E. L., & Rothrock, J. C. (1997). *Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico*. Tradução Ivone Evangelista Cabral e Cláudio LC de Araújo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;
- ✓ McCann, M. E., & Kain, Z. N. (2001). The management of preoperative anxiety in children: an update. *Anesthesia & Analgesia*, 93 (1), 98-105;
- ✓ Delbarre, G., Bourdais, S., Saci, N., Deluche, G., Clermidi, P., Margaryam, M. (2014). Cinq ans d'exérence de consultation infirmière en chirurgie pédiatriue. *Archives de Pédiatrie*, Volume 21, Issue 5, p.405;
- ✓ Direção-Geral da Saúde (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. (Norma nº010/2013) Lisboa: Ministério da Saúde;
- ✓ Direção Geral da Saúde (2010). Orientação 014/2010. *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. 14 dez 2010;
- ✓ Fincher, W., Shaw, J., & Ramelet, A. S. (2012). The effectiveness of a standardised preoperative preparation in reducing child and parent anxiety: a single-blind randomised controlled trial. *Journal of clinical nursing*, 21 (7-8), 946-955;
- ✓ Guaratini, Á. A., Marcolino, J. Á. M., Teixeira, A. B., Bernardis, R. C., Passarelli, M. L. B., & Mathias, L. A. D. S. T. (2006). Estudo transversal de ansiedade pré-operatória em crianças: utilização da escala de Yale modificada. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 56 (6);
- ✓ Hockenberry, J. M. & Wilson, D. (2014). *Wong enfermagem da criança e do adolescente* (9ªed). Loures: Lusociência;
- ✓ ICN (2011). CIPE® 2 - *Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- ✓ Instituto de Apoio à Criança (1998). *Carta da criança hospitalizada*. Humanização dos serviços de atendimento à criança. Lisboa: IAC;
- ✓ Jorge, A. (2004). Família e hospitalização da criança. *(Re) Pensar o cuidar em Enfermagem*. Loures. Lusociência;
- ✓ Mafetoni, R. R., Higa, R., & Bellini, N. R. (2011). Comunicação enfermeiro-paciente no pré-operatório: revisão integrativa. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. 12(4), 859-865;
- ✓ Martinez EA, Tocantins FR, Souza SR (2013). As especificidades da comunicação na assistência de enfermagem à criança. *Rev Gaucha Enferm*. 34(1):37-44.
- ✓ Ollendick, T. H., & March, J. S. (Eds.). (2003). *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents: a clinician's guide to effective psychosocial and pharmacological interventions*. Oxford University Press;
- ✓ Ordem dos Enfermeiros (2001) – *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos*. Divulgar. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- ✓ Ordem dos Enfermeiros (2004). Quadro de referência para a construção de indicadores de qualidade e produtividade na enfermagem. Lisboa. – *Suplemento da Revista nº13*, (Julho de 2004), p. 3-8;
- ✓ Ordem dos Enfermeiros (2008) – *Dor: guia orientador de boa prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- ✓ Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias Orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Cadernos da Ordem dos Enfermeiros. Série I. 2(3). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;

MANUAL DA DIRECÇÃO DE ENFERMAGEM

PROCEDIMENTO do serviço de enfermagem

--|--

- ✓ Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2009). *O Mundo da Criança-: Da Infância à Adolescência*. AMGH Editora;
- ✓ Panella, J. J. (2016). Preoperative care of children: strategies from a child life perspective. *AORN Journal*, 104(1), 11-22;
- ✓ Pimentel, M., H. (2001). Preparação pré-operatória da criança e da família. *Servir*. 49. (4). 172-177;
- ✓ Sampaio, C., Silva, R., Comino, L., & Romano, R. (2014). Nível de ansiedade dos acompanhantes de crianças em cirurgia ambulatorial: contribuições da consulta de enfermagem. *Revista Enfermagem UERJ*. 22(2), 233-238;
- ✓ Santos, T., S., P., D., (2014). Intervenções de Enfermagem para reduzir a ansiedade pré-operatória em crianças em idade escolar: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*, (3), 149-155;
- ✓ Teixeira, A., Braga, A., & Esteves, M. (2004). A comunicação com a criança na punção venosa: percepção do enfermeiro. *Revista Nascer e Crescer*, 13 (3), 187-194;
- ✓ Teixeira, E., & Figueiredo, M. (2009). A experiência da criança no perioperatório de cirurgia programada. *Revista Referência*. Março 2009, (9). 7-14;
- ✓ Yuki, K. O. I. C. H. I., & Daaboul, D. G. (2011). Postoperative maladaptive behavioral changes in children. *Middle East J Anesthesiology*, 21(2), 183-9.