



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Por
Andreia Sofia de Jesus Costa

Porto – março de 2022



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

PRACTICUM REPORT

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Por
Andreia Sofia de Jesus Costa

Sob a orientação de Professora Doutora Isabel Quelhas

Porto – março de 2022

RESUMO

Este documento foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

A Criança, pelas suas características, tem diferentes necessidades de cuidados de enfermagem consoante a sua condição de saúde seja saudável ou doente, o seu estágio de desenvolvimento e cultura. Perspetiva-se desta forma que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e Mestre em Enfermagem detenha *conhecimento* aprofundado e atualizado sobre o seu crescimento, desenvolvimento e processo de saúde-doença, *habilidades* que possibilitem integrar técnicas diferenciadoras na sua prática clínica e simultaneamente assegurem o pensamento crítico e reflexivo e *competências* para uma prestação de cuidados holísticos, centrados no binómio criança e família com respeito pelas suas necessidades e desejos, sensíveis a hábitos e rotinas, numa efetiva parceria de cuidados. Este relatório pretende sistematizar as aprendizagens e experiências, descrevendo de forma crítica, reflexiva e fundamentada na evidência científica mais atual, as atividades que ao longo deste percurso formativo permitiram dar resposta aos objetivos delineados e conduziram ao desenvolvimento de um nível avançado de competências em enfermagem previstas no plano de estudos do Curso. Desenvolve-se assim em torno da assistência à criança, jovem e família na maximização da sua saúde, integrando o cuidar da criança, jovem e família nas situações de especial complexidade e a prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e desenvolvimento da criança e jovem. Porém, face aos desafios decorrentes da atual situação de saúde das crianças, fruto do aumento da morbilidade, da doença crónica complexa e do maior risco de atraso do desenvolvimento, este relatório enfatiza a comunicação, a parceria de cuidados e a adaptação da criança, jovem e família à doença crónica.

Este documento espelha o aprofundar de competências especializadas resultantes da harmonia entre a experiência profissional e pessoal, as práticas de cuidados adotadas no estágio e o conhecimento adquirido na academia envolto na atual evidência científica, mostrando a inter-relação da Enfermagem como Profissão e Disciplina Científica.

Palavras – Chave: Criança; Família; Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

ABSTRACT

This document was drawn up within the scope of the Course Unit of Final Internship and Report, for the Master's Degree in Nursing, specializing in Paediatric and Child Health Nursing, in the Institute of Science and Health, of the Universidade Católica Portuguesa.

Children, considering their characteristics, have different nursing care needs, in accordance with their health condition, be it healthy or ill, their stage of development and their culture. Hence, it is expected that the Specialist Nurse in Paediatric and Child Health Nursing, with a Master's Degree in Nursing, retains profound updated *knowledge* about their growth, development and health-sickness process, *skills* which make it possible to integrate differentiated techniques into their daily practice, simultaneously guaranteeing critical and reflective thinking, and *qualifications* to provide holistic care, centred around the combination child/family, considering their needs and desires, showing sensitivity towards habits and routines, in an efficient care partnership. This report aims to organize the learning and experiences achieved, describing the activities accomplished throughout this training course, in a critical, reflective way, based on the most recent scientific evidence, thus meeting the outlined objectives, and leading to the development of an advanced level of competence in nursing as foreseen in the Course study programme. It builds up around the assistance to the child, the youth, and the family, maximizing their health, integrating the care for the child, the youth, and the family in situations of specific complexity and the provision of specific care in accordance with the needs of the life cycle and development of the child and the youth. Nevertheless, by facing the challenges derived from the current children health situation, resulting from an increase in morbidity, from complex chronic disorder and from a greater risk of child developmental delay, this report emphasizes the communication, the partnership of care providing, and the adaptation of children, youth, and families to chronic disease.

This document discloses the strengthening of specialized competencies resulting from the harmony between professional and personal experience, the care procedures carried out during the internship and the knowledge acquired in the academy sustained by the current scientific evidence, showing the interconnection of Nursing as a Career and a Scientific Subject. **Key words:** Child, Family; Nursing in Paediatrics and Infant Health Care.

“A persistência é o melhor caminho para o êxito.”

Charles Chaplin

AGRADECIMENTOS

A todos aqueles que tornaram este percurso exequível,

Muito Obrigada!

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACSA – Agencia Calidad Sanitaria de Andalucia

CCD – Cuidados Centrados no Desenvolvimento

CCF – Cuidados Centrados na Família

CMEEESIP – Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

CPP – Cuidados Paliativos Pediátricos

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CVC – Cateter Venoso Central

DC – Doença Crónica

DCC – Doença Crónica Complexa

DGS – Direção Geral da Saúde

ECTS – European Credit Transfer System

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EESIP – Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EIHSCPP – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricos

ESIP – Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

GT – Gastrostomia

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

IG – Idade Gestacional

NIDCAP – Programa de Avaliação e Cuidados de Desenvolvimento Individualizados para o recém-nascido

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PBCI – Precauções Básicas do Controlo da Infecção

PE – Processo de Enfermagem

RCIU – Restrição do Crescimento Intrauterino

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

RN – Recém-nascido
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RNPT – Recém-nascido pré-termo
SC – Supervisão Clínica
SES – Sessão de Educação para a Saúde
SGT – Sonda de gastrostomia
SNIPI – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância
SUP – Serviço de Urgência Pediátrica
SUPP – Serviço de Urgência Polivalente Pediátrica
UC – Unidade Curricular
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal
UCIP – Unidade de Cuidado Intensivos Pediátrica
UCP – Universidade Católica Portuguesa
UICD – Unidade de Internamento de Curta Duração
UPCIRA – Unidade de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos
USF – Unidade de Saúde Familiar
VNI – Ventilação Não Invasiva

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	15
2. COMPETÊNCIAS PREVIAMENTE ADQUIRIDAS	17
3. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL	20
3.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA.....	20
3.2. SERVIÇO DE NEONATOLOGIA	21
3.3. SERVIÇO DE PEDIATRIA MÉDICA	22
4. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NOS CONTEXTOS DE PRÁTICA CLÍNICA	24
4.1. DOMÍNIO DA GESTÃO	24
4.2. DOMÍNIO DA FORMAÇÃO	31
4.3. DOMÍNIO DA INVESTIGAÇÃO	36
4.4. DOMÍNIO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS.....	39
5. CONCLUSÃO	67
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
APÊNDICES	81
APÊNDICE I – Sessão de formação ao grupo de pares	83
APÊNDICE II – Revisão Integrativa da Literatura	117
ANEXOS	137
ANEXO I – Certificados de participação em eventos científicos.....	139

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório apresenta-se no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio Final e Relatório, inserida no 14º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (CMEEESIP), da Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa (UCP), no Porto, representando uma descrição e reflexão crítica de todo o percurso formativo.

Tal como preconiza o Guia da Unidade Curricular, a realização do Estágio Final teve por base os seguintes objetivos gerais:

- Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a sua área de Especialização;
- Demonstrar capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- Demonstrar capacidade para tomar decisões fundamentadas, incorporando na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências, atendendo às suas responsabilidades sociais e éticas;
- Demonstrar capacidade de comunicar as suas conclusões e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, de uma forma clara e sem ambiguidades, produzindo um discurso fundamentado para diferentes audiências.

A elaboração deste documento assentou numa metodologia descritiva e reflexiva, ancorada na sistematização de experiências vividas, atividades concretizadas e competências adquiridas, nomeadamente as que são específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) e Mestre em Enfermagem e ao nível de quatro domínios de atuação do enfermeiro, gestão, investigação, formação e prestação de cuidados, nos distintos contextos de prática clínica.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) concetualiza o EEESIP como o enfermeiro que “(...) *utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como*

beneficiário dos seus cuidados (...) trabalha em parceria com a criança e família/ pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (...) para promover o mais elevado estado de saúde possível (...)” (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19192). Para efeitos do presente documento, importa referir que o conceito “criança” deve ser percebido como compreendendo todas as crianças desde o nascimento até aos 18 anos de idade e o conceito “família” como os seus pais, cuidadores e/ ou pessoas significativas.

A elaboração do presente documento, tem por objetivos:

- Descrever o percurso formativo realizado, e mais especificamente ao longo do Estágio Final;
- Refletir criticamente sobre o processo de desenvolvimento pessoal e profissional;
- Atestar a aquisição e/ ou aprofundamento das competências previstas no plano de estudos do Curso para o Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica;
- Constituir um instrumento de avaliação da Unidade Curricular.

A estrutura de apresentação do relatório divide-se em cinco capítulos. O primeiro capítulo é ocupado pela presente introdução. No segundo capítulo descrevem-se de forma sucinta, as competências previamente adquiridas no estágio realizado na UC A saúde da criança e família: vigilância e decisão clínica, durante o segundo semestre do primeiro ano do Curso. Segue-se, no capítulo três, uma breve contextualização do Estágio Final, envolvendo aspetos como a distribuição da carga horária, a motivação para a escolha dos contextos assistenciais e a caracterização dos mesmos. No quarto capítulo, descrevem-se as atividades desenvolvidas em estreita articulação com os objetivos traçados e que visam responder às competências preconizadas. Esta descrição é envolta numa reflexão assente na prática e fundamentada em fontes de informação e no estado de arte atual. Finda o documento com o capítulo cinco, que diz respeito às considerações finais, refletindo sobre implicações para projetos futuros.

Apresenta-se ainda a bibliografia utilizada na elaboração do relatório, bem como os apêndices e anexos que contêm documentos ilustrativos de algum conteúdo.

Este relatório foi redigido de acordo com as normas da *American Psychological Association* (American Psychological Association, 2020).

2. COMPETÊNCIAS PREVIAMENTE ADQUIRIDAS

O meu percurso profissional com início em 2009, contempla uma diversidade de contextos repartidos entre o cuidado ao adulto em situação crítica e o cuidado à criança e família em situação de especial complexidade, prestado em unidades de cuidados intensivos neonatais (UCIN) e pediátrica (UCIP).

Exigindo o exercício da profissão o desenvolvimento de competências assistenciais específicas que permitam o cuidado personalizado às pessoas em diferentes fases da vida e em diversos ambientes, fui desenvolvendo concomitantemente a minha formação académica de acordo com o contexto clínico onde exercia a profissão. Deste modo, comecei por realizar uma pós-graduação em saúde do adulto e cuidado em situação crítica, tendo posteriormente aprofundado competências especializadas em enfermagem e adquirido em simultâneo o grau académico de mestre e o título de Enfermeiro Especialista (EE) em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Contudo, recaíndo a minha escolha no cuidado à criança e família e objetivando exercer a profissão em contexto de pediatria, decidi aprofundar os domínios da minha competência para me tornar detentora de um conhecimento aprofundado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (ESIP) demonstrado por elevados níveis de julgamento crítico e tomada de decisão, e traduzidos por um conjunto de competências especializadas. Para tal, ingressei num novo desafio, o CMEEESIP, assegurando *de forma contínua e autónoma, o meu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional*.

O Curso integra uma componente teórica que fundamenta e sustenta a prática, e uma componente prática, iniciada no segundo semestre do primeiro ano com a UC A saúde da criança e família: vigilância e decisão clínica e perpetuada até ao final do curso através da presente UC Estágio Final e Relatório. No entanto, a minha formação académica anterior conferiu-me creditação às unidades curriculares do tronco comum aos mestrados em Enfermagem, pelo que este meu percurso formativo relativo à aquisição e aprofundamento de competências específicas do EEESIP teve início no segundo semestre do primeiro ano com a realização das unidades curriculares teóricas específicas do Curso.

Prosseguiu com a componente prática, o estágio realizado na UC – A saúde da criança e família: vigilância e decisão clínica, concretizado na área dos Cuidados de Saúde Primários

(CSP) sendo contemplados dois contextos distintos para o desenvolvimento do mesmo, a Unidade de Saúde Familiar (USF) e a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). No final desta UC elaborei um portfólio que para além de constituir um instrumento de avaliação, representa uma descrição e reflexão crítica do percurso realizado, espelhando que várias foram as competências do EEESIP adquiridas, agrupadas nos vários domínios de atuação do enfermeiro. Porém, neste documento enfatizo o domínio da prestação de cuidados.

No decurso do meu processo formativo, e em especificamente no que se relaciona com a prática em contexto clínico, tive oportunidade de assistir crianças em todas as faixas etárias, em diferentes estádios de desenvolvimento e sua família. Na USF, realizei consultas de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil para uma adequada observação e avaliação do estágio de desenvolvimento da criança com base nas diretrizes do Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, detetando e encaminhando precocemente eventuais situações complexas passíveis de comprometer a vida ou a qualidade de vida da criança e família, *demonstrando conhecimentos sobre as situações de especial complexidade relacionadas com a criança e família e capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas*. Estas consultas permitiram também assegurar o cumprimento do esquema cronológico preconizado no Plano Nacional de Vacinação.

No decurso das consultas supracitadas identifiquei a vivência de alguns processos de transição do tipo desenvolvimental por parte da família, uma vez que se encontrava a redefinir papéis e relações, a ajustar rotinas quotidianas e adquirir competências para cuidar do novo membro. Deste modo, e detendo um papel determinante enquanto promotor de saúde e bem-estar neste período, procurei apoiar a transição para a parentalidade. Para tal, incentivei a participação ativa e envolvimento da família nos cuidados, respeitei e valorizei a sua experiência nos cuidados à criança, incentivei a expressão e consciencialização das suas necessidades, capacidades e dificuldades, promovi e mantive a sua confiança, autoestima e conhecimento por meio de atitudes como apoiar, ensinar, instruir e esclarecer, fundamentando todas elas nos princípios definidos no Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, *demonstrando um nível de aprofundamento de conhecimentos na área de ESIP*. Na UCC, em contexto do programa Saúde Escolar, e sendo uma das suas finalidades a capacitação da comunidade educativa para a adoção de estilos de vida saudáveis na área de intervenção educação para os afetos e sexualidade, após identificar em articulação com a escola, a necessidade de intervenção neste âmbito, realizei uma sessão de educação para a saúde (SES) alusiva à temática e dirigida aos alunos enquanto jovens adolescentes. Esta sessão foi dinamizada em quatro turmas distintas, e espelhou um agir ordenado e sistemático,

considerando os dados colhidos, os diagnósticos elaborados e as intervenções planejadas, possibilitando desenvolver *uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente*.

Colaborei também no Programa de Preparação para o Parto e Parentalidade, concretizando uma SES subordinada ao tema da segurança infantil direcionada à família, enquanto pais ou cuidadores de crianças dos 0 aos 4 meses de idade. A seleção da temática emergiu de uma necessidade identificada junto da família, espelhando a ideia de que esta nova etapa do ciclo de vida requer uma adaptação e reorganização familiar, e foi *fundamentada atendendo às evidências* do Programa Nacional de Prevenção de Acidentes da Direção Geral da Saúde (DGS), o qual demonstra que por cada criança que morre por acidente, 50 são internadas com traumatismos graves e 800 são admitidas no serviço de urgência (DGS, 2010b).

Colaborei igualmente na realização de cinco SES dinamizadas por estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem alusivas a diferentes temáticas. Realizei também consultas de atendimento a jovens a vivenciar um dos períodos mais saudáveis do ser humano, a adolescência, motivando a que os meus cuidados, planejados com base na *entrevista clínica, observação e diagnóstico da situação de saúde/ doença*, incidissem no incentivo pela adoção de comportamentos promotores de saúde e preventivos de doença, esclarecendo-os, informando-os e sensibilizando-os para a adoção de estilos de vida saudáveis.

As atividades descritas promoveram o desenvolvimento de diversas competências específicas do EEESIP. Todavia, para sua concretização recorri a diversos tipos de comunicação e técnicas comunicacionais, adaptados à faixa etária, ao estágio de desenvolvimento e ao próprio contexto, espelhando a aquisição de *conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura*.

Ao longo de todo o estágio, objetivando a promoção do bem-estar da criança e família assegurei uma prática baseada na evidência, *incorporando os resultados da investigação válidos e relevantes*, mantendo uma *postura crítico-reflexiva* e uma atuação de complementaridade funcional, integrando e colaborando com a equipa, demonstrando *capacidade de trabalhar de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar*.

A UC A saúde da criança e família: vigilância e decisão clínica permitiu a consciencialização e conhecimento do perfil de competências do EEESIP. Contudo, e embora tal como visível nesta descrição várias competências tenham sido adquiridas no seu decurso, funcionaram como alavanca para a aprofundamento das mesmas, uma vez que dei continuidade ao seu processo desenvolvimental no decurso do Estágio Final como evidenciado no capítulo 4 deste documento.

3. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL

A UC Estágio Final e Relatório totaliza 30 *European Credit Transfer System* (ECTS) e perfaz um total de 750 horas, 360 das quais de contacto direto em contexto clínico, no âmbito do estágio de natureza profissional, 20 horas de orientação tutorial, 20 horas de seminários e as restantes 350 horas correspondem a horas de trabalho autónomo e estudo individual, nas quais se inclui a elaboração deste relatório.

Relativamente ao Estágio Final, desenvolveu-se ao longo de cerca de 15 semanas em três contextos de prática clínica, serviço de urgência pediátrica (SUP), serviço de neonatologia e serviço de pediatria médica. Esta etapa do meu percurso formativo teve início a 6 de setembro no SUP, prosseguiu no serviço de neonatologia de 1 a 27 de outubro e terminou no serviço de pediatria médica a 19 de dezembro.

A escolha dos contextos de prática clínica, bem como a sequência de realização dos mesmos, prendeu-se com o meu domicílio profissional e com a possibilidade de poder acompanhar e compreender todo o percurso da criança e família desde o momento de admissão, frequentemente realizado no SUP, ao momento da alta efetivada no Serviço de Pediatria Médica, quando hospitalizada por patologia de etiologia médica.

Todos os contextos de prática clínica me proporcionaram uma panóplia de experiências, distintas, mas igualmente enriquecedoras e me conferiram saberes e conhecimentos promotores do meu desenvolvimento pessoal e profissional.

3.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

O SUP é um serviço de urgência polivalente pediátrica (SUPP), representa o nível mais diferenciado de resposta às situações de urgência e emergência, e constitui-se “*como atendimento para crianças com situações de doença ou trauma grave, em atendimento primário ou referenciadas*”(Despacho n.º 10319/2014, 2014, p. 20675).

A nível de recursos humanos a equipa é composta por 43 elementos de enfermagem, 22 dos quais EE, organizados em equipas e alocados às distintas áreas clínicas do serviço mediante as suas competências e formação académica. O enfermeiro responsável de turno para além do exercício das suas funções no domínio da prestação de cuidados, desempenha funções no domínio da gestão e supervisão clínica (SC). A equipa médica é formada pelo diretor de

serviço, 7 especialistas residentes, internos de pediatria, contando ainda com a colaboração de médicos assistentes graduados de outros serviços e com o apoio, presencial ou de chamada, de 19 especialidades médicas, nomeadamente pedopsiquiatria e cardiologia pediátrica. Para além destes, a equipa multidisciplinar integra igualmente assistentes técnicos, assistentes operacionais e elementos da equipa de gestão de limpeza e desinfeção hospitalar.

Em termos de estrutura física o SUP tem dois postos de triagem, podendo ser aberto um terceiro em momentos de maior afluência, duas salas de emergência, e divide-se em duas áreas clínicas, ambulatório e internamento, as quais se encontravam reorganizadas pela situação pandémica atual. Deste modo, a Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD), destinada a situações de internamento em que pelas características se prevê uma resolução até 48h, dispunha de uma capacidade máxima de 8 vagas, metade da sua capacidade real, distribuídas por um total de 5 quartos, correspondendo um deles à unidade de isolamento.

A UICD para além dos quartos integra ainda uma sala de enfermagem destinada à preparação de terapêutica, uma sala para os familiares, uma copa de preparação de leite e refeições, uma copa para profissionais, um armazém de material clínico, uma sala de material esterilizado, duas salas de arrumos, uma rouparia, uma sala de sujos, uma sala de limpos, dois vestiários, várias instalações sanitárias distintas para a criança, família e profissionais, e gabinetes da direção. A criança e família hospitalizada na UICD dispõe ainda de uma sala de atividades equipada com brinquedos, televisão, livros, jogos e outros materiais lúdicos.

Relativamente à área de ambulatório, esta encontrava-se dividida em “área respiratória”, reservada à observação e cuidado da criança com sintomatologia respiratória e sua família, e em “área não respiratória”, constituída por 4 gabinetes reservados à consulta de pediatria médica, otorrinolaringologia ou oftalmologia, pequena cirurgia e ortopedia, e por 3 zonas de vigilância da criança.

O serviço dispõe ainda de um secretariado em funcionamento 24h por dia, bem como do apoio de outros serviços, como assistência religiosa, social e psicológica, laboratório e farmácia, e articula-se com todos os restantes serviços hospitalares, nomeadamente imagiologia e bloco operatório, bem como com todas as outras unidades de saúde locais.

3.2. SERVIÇO DE NEONATOLOGIA

O serviço de neonatologia acolhe recém-nascidos (RN) nascidos na própria maternidade bem como RN de alto risco provenientes de outros hospitais. Acompanha maioritariamente RN

com patologia respiratória, restrição do crescimento intrauterino (RCIU), malformações cardíacas, renais e digestivas, descontrolo metabólico, patologia neurológica e síndrome de privação.

A estrutura física e organizacional do serviço de neonatologia compreende três salas dotadas de 12 unidades de prestação de cuidados intensivos, uma sala de trabalho intitulada de gabinete de enfermagem, uma copa, uma sala de preparação de terapêutica e de leites, uma sala de recolha de leite materno, um gabinete da enfermeira gestora, uma sala com equipamento médico, uma sala de material esterilizado, uma sala de arrumos, um armazém de material clínico, uma sala de sujos, um vestiário, instalações sanitárias e uma sala de acesso a escadas de incêndio.

Em termos de recursos humanos a equipa é constituída por 23 elementos de enfermagem, 9 dos quais EE, 7 médicos assistentes graduados, 3 assistentes hospitalares, o diretor de serviço e 1 a 3 internos de pediatria pelo período de 3 a 6 meses. A equipa multidisciplinar conta também com 4 assistentes operacionais e 1 assistente técnico.

O serviço dispõe ainda do apoio de outros serviços hospitalares como imagiologia, laboratório e farmácia, e sempre que necessária a realização de exames complementares de diagnóstico solicita-se o apoio de especialistas externos.

3.3. SERVIÇO DE PEDIATRIA MÉDICA

O serviço de pediatria médica admite crianças dos 0 aos 17 anos e 364 dias de vida com patologias médicas, predominantemente crónicas, podendo contudo, em casos especiais de doença crónica (DC), incapacidade e deficiência, prolongar-se o internamento até ao momento em que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida com sucesso (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

A sua estrutura física contempla duas áreas, a área de apoio aos cuidados e área de internamento por sua vez dividida em três alas, ala nascente, central e poente, dispondo de uma capacidade total de 25 camas. Especificando, a ala nascente destinada à hospitalização de jovens adolescentes é constituída por 6 enfermarias, cada uma delas com 2 camas e as duas mais próximas da sala de enfermagem munidas de monitores de vigilância cardiorrespiratória conectados à central de monitorização, 2 quartos individuais, 1 gabinete médico, instalações sanitárias (uma das quais com banho assistido) e uma sala de atividades. A ala central dispõe de 2 quartos individuais e 2 de isolamento, com pressão positiva ou negativa consoante as necessidades de isolamento da criança, um balcão de secretariado, duas salas de trabalho de enfermagem, uma sala de enfermagem destinada à passagem de

turno, um armazém de equipamento técnico, uma sala de armazenamento de material de ventilação e de equipamento e material utilizado pela Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricos (EIHSCPP), uma sala de observação, instalações sanitárias para a família, 1 sala de limpos, 1 sala de sujios, 1 arrecadação e uma sala para realização de procedimentos técnicos. A ala poente destina-se à hospitalização de lactentes e crianças pequenas, sendo constituída por 5 enfermarias cada uma delas com 2 camas, 3 quartos individuais, 1 gabinete médico, instalações sanitárias (uma com banho assistido) e uma sala de atividades. As salas de atividades equipadas com jogos, televisão, brinquedos, livros e outro tipo de material lúdico destinam-se a todas as crianças, podendo estas integrar as atividades dinamizadas pelas educadoras de infância presentes no serviço nos dias úteis das 9h30 até às 19h.

A área de apoio aos cuidados, iniciada no corredor de acesso ao serviço, é constituída por instalações de banho para familiares, salas de estar para familiares, vestiários, sala de espera, refeitório e copa, arrecadações, sala de reuniões, gabinetes médicos, gabinetes de direção e secretariado clínico.

A nível de recursos humanos, a equipa é constituída por 36 enfermeiros, 17 dos quais EE, médicos especialistas, médicos internos e assistentes operacionais. Dispõe ainda da colaboração de profissionais de outras especialidades, nomeadamente do EE em reabilitação, terapeuta da fala, fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista, técnicos do serviço social, educadoras de infância e de duas professoras externas para apoio do ensino básico.

Visando uma melhor resposta às necessidades da criança e família, o serviço articula-se com todos os outros serviços hospitalares, nomeadamente cozinha, farmácia, laboratório e serviço de medicina física e reabilitação.

4. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NOS CONTEXTOS DE PRÁTICA CLÍNICA

Este capítulo descreve o meu percurso formativo ao longo dos três contextos de prática clínica, mediado pela análise e reflexão crítica e ancorado na fundamentação teórica das atividades desenvolvidas. Este percurso permitiu, por um lado, concretizar os objetivos delineados, e por outro, promover o desenvolvimento de um nível avançado de competências integrantes do plano de estudos do CMEESIP, indo ao encontro do explanado no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), onde se define que o *“Enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”* (OE, 2015. p. 95).

As competências específicas do EEESIP encontram-se agrupadas nos diferentes domínios de atuação do enfermeiro, conforme previsto no REPE (Lei n.º 156/2015), e em torno dos quais organizei este capítulo do relatório.

4.1. DOMÍNIO DA GESTÃO

A gestão das organizações de saúde representa um constante desafio, condicionado por fatores sociais, políticos e económicos, no qual o enfermeiro enquanto gestor do serviço e líder da equipa revela um papel capital ao orientá-la e conduzi-la no caminho da missão e dos objetivos da organização (Freitas, 2018).

O exercício de funções no domínio da gestão por parte do EE assume-se como determinante para assegurar a excelência e a segurança do exercício profissional do enfermeiro (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Deste modo, o desafio consiste em desenvolver competências que assegurem a eficiência, a acessibilidade e a qualidade dos cuidados prestados, garantindo a satisfação do binómio criança e família e dos profissionais, denotando a importância deste domínio na prática do exercício profissional por parte do EEESIP.

Competências:

Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;
Realiza a gestão de cuidados na sua área de especialização;

Objetivo Específico:

- Desenvolver competências no domínio da gestão de cuidados especializados;

Atividades:

- Colaborar na gestão de recursos humanos e materiais;
- Analisar indicadores de qualidade dos cuidados;
- Identificar e integrar o método de trabalho praticado;
- Colaborar na definição e implementação de estratégias de melhoria da qualidade;

De modo a concretizar o objetivo específico a que me propus, em todos os contextos de prática clínica para além da gestão dos cuidados, colaborei com os Tutores, todos eles EEESIP e responsáveis de turno, no desempenho de outras atividades inseridas neste domínio, nomeadamente, relativas à gestão de recursos humanos. Estas, pressupõe a sua organização e coordenação promovendo a eficácia e eficiência das suas ações, considerando os procedimentos planeados, a legislação referente ao exercício da profissão, bem como outra legislação e políticas em vigor, nomeadamente no que concerne ao cálculo de dotações seguras (Conselho de Enfermagem, 2001; Decreto-Lei n.º 71/2019, 2019; Lei n.º 156/2015, 2015; Ordem dos Enfermeiros, 2014).

Outra atividade aqui integrada e refletidamente discutida aquando do momento de decisão, consistiu na gestão da ocupação do serviço. Esta, implicou admissões e transferências da criança e família, considerando distintos aspetos, tais como a idade, o sexo e o estágio de desenvolvimento da criança, indo de encontro ao preconizado na Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada (Instituto de Apoio à Criança, 1988) que defende que estas devem ficar reunidas por grupos etários para beneficiarem de jogos, recreios e atividades educativas adaptadas à sua idade. Para além destes, foram igualmente considerados os antecedentes de saúde da criança e o nível de cuidados requeridos, optando por um quarto tanto mais próximo da sala de trabalho de enfermagem consoante a sua maior necessidade de vigilância. A identificação e avaliação do risco de transmissão de agentes infecciosos, com respeito pelas diretrizes do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos

Cuidados de Saúde (DGS, 2008), serviu de orientação à decisão de colocação da criança e família em isolamento, influenciando igualmente a escolha relativa ao quarto a ocupar.

O isolamento consiste na implementação de barreiras físicas que limitam ou suprimem a transmissão de agentes infecciosos entre crianças, profissionais de saúde, visitantes e voluntários, contudo, varia de acordo com o nível de precauções a adotar. Deste modo, o isolamento pode ser básico, quando inclui todas as medidas gerais cumpridas sistematicamente, ou específico, se limita a disseminação de microrganismos potencialmente infecciosos dependente das suas vias de transmissão. Nos contextos de prática clínica o isolamento mais frequentemente identificado foi o isolamento por gotículas, associado à criança com infeção respiratória, tendo ela necessidade de ficar hospitalizada num quarto individual, podendo contudo partilhá-lo, desde que com outra criança com infeção ativa pelo mesmo microrganismo patogénico (isolamento por coorte), assegurando-se assim o cumprimento das medidas de precaução de contaminação cruzada (DGS, 2012a). Concomitantemente, colaborei na gestão de recursos materiais e terapêutica, assumindo um comportamento organizado que implicou determinar objetivos, conhecer os meios disponíveis, planear, priorizar necessidades e controlar, fazendo uso do pensamento crítico e da capacidade de tomada de decisão (Seixo, 2009). Assim, em colaboração, relativamente à terapêutica, procedi ao seu atempado e correto pedido informático, assegurando a sua reposição, e no que se refere aos recursos materiais, geri os pedidos de empréstimo e devolução de equipamentos entre distintos serviços.

Para além da gestão dos recursos, a adaptação do estilo de liderança, definida como o processo de motivar e influenciar as atitudes e comportamentos dos membros do grupo para desenvolverem esforços na prossecução dos seus objetivos, foi outra das competências do EE identificada. Pois, o estilo de liderança assumido pelo Tutor teve por base os fatores situacionais e a maturidade dos liderados, e não apenas a sua personalidade e características enquanto líder, favorecendo assim a melhor resposta do grupo e atingindo a maior eficácia possível (Pinto et al., 2006; Regulamento n.º 140/2019, 2019; Silva & Galvão, 2007). Apesar de variável, aferi que na maioria das situações o estilo de liderança assumido foi o democrático, promotor da comunicação espontânea e cordial, da satisfação dos membros da equipa e de um ritmo de trabalho suave e seguro. Todavia, em situações de emergência, nas quais a decisão tem de ser rapidamente implementada, foi adotado o estilo de liderança autocrático (Chiavenato, 2021).

A capacidade de adaptação do estilo de liderança evidenciou o papel do EE enquanto líder da equipa e influenciou consequentemente a seleção do método de trabalho, o qual embora

objetive sempre a melhoria da qualidade dos cuidados, a minimização da perda de recursos e tempo, a supressão da duplicação de esforços e recursos e a garantia da segurança, varia consoante o contexto, as condições físicas e os recursos materiais e humanos disponíveis.

As oportunidades que emergiram no decurso do estágio permitiram-me verificar a prática de distintos métodos de trabalho, tanto entre contextos como no próprio contexto. Como exemplo, posso referir o SUP, em que o método de trabalho no gabinete de pequena cirurgia era o funcional, racionalizado e fragmentado, fundamentado com a distribuição de enfermeiros por área clínica, apresentando como vantagens o aproveitamento de recursos humanos e maior produtividade, embora dificultando a relação entre o enfermeiro e a criança e família, a individualização dos cuidados e acrescentando maior suscetibilidade a erros, aspetos que, contudo, se tentam minimizar. Na UICD experienciei o método de trabalho individual, especificamente centrado e dirigido para as necessidades da criança e família identificadas. Nas salas de emergência era adotado o método de trabalho em equipa, liderado por um enfermeiro, que consoante a formação e competências de cada elemento, decidia, coordenava, supervisionava e avaliava os cuidados prestados, agrupando conhecimentos e informações. Nos outros dois contextos de prática clínica o método de trabalho praticado foi maioritariamente por enfermeiro de referência. Este método respeita o conceito de cuidado individualizado e tem por objetivo a humanização do mesmo, havendo um enfermeiro responsável, habitualmente durante toda a hospitalização, pela gestão e prestação de cuidados a cada binómio. Contudo, pode ser adotado outro método de trabalho, em particular o método de trabalho em equipa, em situações de emergência ou aquando da realização de procedimentos técnicos à criança (Frederico & Leitão, 1999). Traduzindo a escolha do método de trabalho a adaptação a uma filosofia de pensar os cuidados (Parreira, 2005) com a qual me identifiquei em todos os contextos de prática clínica, integrei sempre o método em uso, utilizando-o como um instrumento para dar forma ao modelo do meu exercício profissional.

O EE *“adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados”* (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745) a qual, embora seja uma exigência cada vez maior da sociedade atual, é uma preocupação que remonta a Florence Nightingale que desempenhou um papel pioneiro ao observar, identificar e promover melhorias em áreas deficitárias dos cuidados (Sale, 1998).

Existem atualmente instrumentos promotores de qualidade, segurança e eficiência dos cuidados. Destes, destaco os que serviram de guia orientador de algumas das atividades realizadas, o documento estruturante da profissão Padrões de Qualidade dos Cuidados de

Enfermagem, Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos (Conselho de Enfermagem, 2001), os Indicadores de Qualidade (DGS, 2020b), os sistemas de informação em enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2007b) e o Modelo de Certificação do Ministério da Saúde (DGS, 2020a).

Porém, e considerando a Organização Mundial da Saúde (OMS) desde 1989 a acreditação das organizações de saúde como um elemento estratégico para o desenvolvimento da qualidade dos cuidados, focando o que pode ser melhorado em função da criança e família, dos procedimentos clínicos, dos resultados e do desempenho organizacional (Maziero & Spiri, 2013), realço a colaboração com a equipa de enfermagem do SUP no seu processo de preparação para o programa de acreditação de que o serviço iria ser alvo. Esta atividade teve por base a minha experiência, adquirida no decurso da participação num processo de acreditação de uma instituição hospitalar ao longo de 3 anos pela entidade Joint Commission International (2022).

A acreditação de uma instituição de saúde é um processo desenvolvido por esta, com o objetivo de assegurar que a mesma respeita um determinado conjunto de normas e critérios referentes a aspetos como a gestão, a segurança, a qualidade dos cuidados e o tratamento dos doentes, sob a orientação de profissionais externos ou de uma entidade acreditadora.

Este processo é proficuo para as instituições de saúde, pelo que o Programa Nacional de Acreditação em Saúde aprovou o modelo *Agencia Calidad Sanitaria de Andalucia* (ACSA) como Modelo Oficial e Nacional de Acreditação das Instituições de Saúde (DGS, 2009).

Este modelo pressupõe a *“autoavaliação e auditoria externa por pares usado pelas organizações de saúde para avaliarem com rigor o seu nível de desempenho em relação a padrões pré-estabelecidos e para implementar meios de melhorar continuamente”* (DGS, 2014, p. 18), objetivando os melhores resultados possíveis, de forma progressiva e sistemática, através da implementação de medidas de melhoria em termos físicos ou organizacionais.

O processo de acreditação assume-se assim como determinante para as instituições de saúde, pois o reconhecimento da prestação de cuidados de qualidade fortalece a confiança da criança e família nos profissionais e nas instituições, e promove consequentemente o empenho por parte de toda a equipa multidisciplinar no compromisso pela melhoria contínua, tornando-a mais confiante e segura no que respeita às suas práticas profissionais.

Foi no âmbito da 1ª etapa do processo de auditoria, a autoavaliação, que colaborei com os enfermeiros do SUP, partilhando experiências e colaborando na identificação de áreas com potencial de melhoria e crescimento, e incentivando a reflexão sobre a prática diária, em

particular no objetivo da mesma, nos resultados obtidos e na forma de os melhorar. Para tal, realcei alguns aspetos de melhoria contínua, relativos à segurança da criança e família, tais como a importância da sua identificação correta através do uso de pulseira de identificação e/ou validação com a própria, e relativos à importância da comunicação eficaz, em particular quando a informação é obtida telefonicamente, sugerindo escrever e ler de volta, validando assim a correta compreensão da mensagem recebida. Relativamente aos padrões de cuidados centrados no doente, sugeri o preenchimento da avaliação inicial de forma mais completa possível, possibilitando um cuidado individualizado e holístico e conseqüentemente um adequado processo de preparação para a alta, assegurando a continuidade assistencial de forma integral. Em termos de informação clínica, incentivei a não utilização de abreviaturas e siglas nos registos, bem como ao encerramento do sistema de gestão da informação, *“assegurando que o nível de acesso à informação se processa de acordo com o perfil dos diferentes profissionais”* (DGS, 2014, p. 58).

No decurso do estágio, colaborei ainda na monitorização e análise de indicadores de qualidade dos cuidados, definidos como marcadores específicos do estado de saúde da população que radicam em métricas, resultados e ganhos em saúde centrados na criança e família, nomeadamente na prevenção de complicações, resolução de diagnósticos de enfermagem e evolução das condições de saúde desde a admissão até ao momento de alta, evidenciando o contributo do exercício profissional dos enfermeiros para os ganhos em saúde (DGS, 2020b; Ordem dos Enfermeiros, 2007a).

O conhecimento de alguns dos indicadores de qualidade dos cuidados, como a taxa de prevalência de úlceras por pressão e a taxa de infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) foram alvo de análise. A sua interpretação conjunta com os enfermeiros Tutores e enfermeiros Elos de ligação dos contextos com as Comissões Hospitalares, nomeadamente Comissão de Qualidade e Segurança do Doente e a Unidade de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (UPCIRA), conduziu à elaboração do diagnóstico de situação e definição de estratégias de melhoria.

Assim, reconhecendo que a prevenção de IACS assenta na rigorosa implementação e cumprimento de precauções básicas do controlo da infeção (PBCI), as quais visam prevenir a transmissão cruzada de infeção e têm subjacente o princípio de que *“não há doentes de risco, mas sim procedimentos de risco”* (DGS, 2012a, p. 10), no serviço de pediatria médica procedi à análise dos resultados da auditoria realizada às PBCI. Estas precauções são constituídas por 10 itens, contudo, analisámos apenas os resultados referentes à higienização das mãos, obtidos através de metodologia de processo de auditoria interna por observação

direta nos locais de prestação de cuidados durante os 5 momentos para higiene das mãos. Deste modo, tendo por base o diagnóstico de situação “*taxa de adesão global dos profissionais de saúde do serviço de pediatria médica à prática da higiene das mãos muito satisfatória*”, elaborado de acordo com a taxa de adesão dos profissionais à higienização das mãos no ano de 2021 (85%) e objetivando o serviço uma taxa de adesão superior a 90%, foram concebidas propostas de melhoria. Estas, consistiram em realizar formação contínua sobre os itens das PBCI, aumentar a adesão aos 5 momentos para a higiene das mãos, reforçando a importância da técnica correta, incentivar ao uso adequado de luvas associado à higiene das mãos e refletir em equipa (DGS, 2012a).

A qualidade dos cuidados deve ser entendida como uma filosofia de melhoria contínua que cada profissional deve integrar na sua prática assistencial, ou seja, uma construção coletiva resultado da competência individual de cada um e não apenas como um conjunto de processos a implementar e monitorizar (Leprohon, 2002). Assim, e reconhecendo que o processo de construção de um profissional competente envolve uma complexa e dinâmica conjugação entre a formação inicial e contínua, a experiência social e profissional, destaco o papel de supervisor clínico exercido pelo EE. O exercício de SC por parte do EEESIP esteve patente na minha socialização com um novo perfil de competências, conduzindo à minha gradual assunção de responsabilidade e à minha intervenção autónoma na área da ESIP (Ordem dos Enfermeiros, 2009). À semelhança, também no processo de integração de novos profissionais a SC se assume como fundamental, tal como pude comprovar no SUP ao observar de modo participativo o processo de integração de um enfermeiro na área de triagem. Neste processo, o EEESIP promoveu, através do ciclo de “*informação, reflexão, ação, reflexão*”, o desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro em processo de integração, diminuiu o seu stress e aumentou a sua confiança, o nível de conhecimentos e a criatividade, convergindo numa prestação de cuidados à criança e família mais segura e de qualidade, possibilitando-lhe igualmente a assunção do seu lugar na equipa ao consolidar a sua identidade profissional. O exercício de enfermagem em SC constitui-se assim uma “*componente efetiva e de suporte para a promoção da segurança e da qualidade dos cuidados, visando a obtenção de ganhos em saúde*” (Regulamento n.º 366/2018, 2018, p. 16657).

A reflexão aprofundada sobre as atividades descritas permitiu-me aferir quanto à importância da capacidade de organização e planeamento do EEESIP, a qual pressupõe habilidades de priorizar, decidir e nortear planos, programas e atividades, envoltas de uma comunicação efetiva e empática (Freitas, 2018). Sumariando, várias são as habilidades e

competências requeridas ao EEESIP para um efetivo desempenho de funções neste domínio, revelando-se este percurso formativo essencial no desenvolvimento e aquisição das mesmas.

4.2. DOMÍNIO DA FORMAÇÃO

A ciência de enfermagem encontra-se sujeita a constantes e novos desafios resultantes da evolução social e cultural, bem como dos avanços científicos e tecnológicos. Estes, criam no enfermeiro a necessidade de analisar e (re)definir o seu pensar e agir, exigindo-lhe, na busca pela excelência do seu exercício, a atualização contínua dos seus conhecimentos (2015; Varandas & Lopes, 2012).

O processo de formação e conseqüente desenvolvimento pessoal e profissional deve assim ser central ao percurso de qualquer enfermeiro, independentemente do seu estágio profissional. Contudo, de acordo com o Regulamento n.º 140/2019 (2019), é fundamental que o EE assuma um papel igualmente ativo na formação de outros profissionais facilitando os seus processos de aprendizagem em contexto de trabalho.

Deste modo, a existência de uma política de formação contínua, promotora do desenvolvimento profissional do EEESIP, assume-se como determinante para a qualidade e eficácia na organização e prestação dos cuidados (Colégio da Especialidade de ESIP, 2017).

Competências:

Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional;

Refletir na e sobre sua prática, de forma crítica;

Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;

Identificar as necessidades formativas na área da EESIP;

Promover a formação em serviço na área de EESIP;

Objetivos Específicos:

- Promover o desenvolvimento pessoal e profissional no âmbito da EESIP;
- Desenvolver competências no âmbito da formação ao grupo de pares;

Atividades:

- Refletir criticamente na e sobre a ação, individual e conjuntamente com os Tutores e equipa de enfermagem;
- Consultar planos de formação em serviço;
- Diagnosticar necessidades formativas;

- Realizar formação em serviço;
- Participar em eventos científicos;

O desenvolvimento pessoal e profissional assume-se como uma meta inquestionável na sociedade em que vivemos, pois, as competências não são estáticas nem intrínsecas ao enfermeiro. Por este motivo, adotei uma postura crítica e reflexiva ao longo de todo o meu percurso formativo, incitando e aproveitando os momentos de discussão e reflexão conjunta com os Tutores e restante equipa de enfermagem, tais como a passagem de turno, a formação em serviço e as reuniões multidisciplinares, para promover a partilha de conhecimento científico, experiências e opiniões, bem como a análise crítica do conhecimento tácito formado em torno das experiências repetitivas, possibilitando consequentemente a atribuição de um novo significado às mesmas.

As múltiplas reflexões individuais e conjuntas, assomaram dos desafios com que me fui deparando ao longo de todo o meu percurso formativo, resultantes do confronto com realidades e problemáticas distintas do meu dia-a-dia. Estas, suportadas pela pesquisa bibliográfica e conhecimentos previamente adquiridos, tanto a nível académico como profissional, constituíram um processo de aprendizagem mútuo, favorecedor de um enriquecimento bilateral, resultando na atualização do conhecimento científico e sua aplicação consciente, explícita e judiciosa na tomada de decisão em contexto de prática clínica, atestando o pressuposto de Peixoto e Peixoto (2016, p. 122) o qual assume que *“a reflexão tem adquirido um profundo reconhecimento na prática de enfermagem, não só para apoiar os enfermeiros a reconhecerem as suas forças e fraquezas, mas igualmente para superar a lacuna existente entre a teoria e a prática de enfermagem e expandir o corpo de conhecimentos da enfermagem integrado na prática”*.

Todavia, pressupondo a evolução profissional do EE a identificação de problemáticas inerentes aos cuidados prestados, tentei reconhecer em todos os contextos as necessidades formativas das equipas e contribuir para a satisfação das mesmas, facilitando os seus processos de aprendizagem. Deste modo, no serviço de neonatologia, refleti com o EEESIP sobre a temática do posicionamento do RN durante a alimentação por tetina, o qual segundo o conhecimento atual deve ser preferencialmente o decúbito lateral elevado por promover um maior controlo e suporte postural ao RN e diminuir concomitantemente a sua estimulação, bem como o risco de aspiração, ao permitir que o leite esorra da sua boca. Para consecução deste objetivo analisei em conjunto com a equipa alguma documentação

científica justificativa, promotora do aprofundar de conhecimento e da decisão pela sua incorporação na prática de cuidados.

Uma outra temática abordada de forma transversal a todos os contextos, pela discussão gerada entre enfermeiros e não uniformização de práticas, foi a manutenção da permeabilidade do cateter venoso central (CVC) quando encerrado, nomeadamente o tipo procedimento técnico a realizar e a solução de bloqueio a utilizar. Relativamente a este procedimento, e em concordância com as atuais evidências científicas, deve ser realizado o *flush* intermitente como técnica, e o cloreto de sódio 0,9% como solução em substituição da heparina sódica®. Neste âmbito, partilhei experiências pessoais, protocolos e documentação científica, cujos resultados expunham essa mesma evidência. Todavia, no serviço de pediatria médica face à relevância da temática na prática de cuidados e do elevado contributo que esta partilha poderia constituir na promoção de alteração de comportamentos, inicialmente por parte da equipa de enfermagem e posteriormente da equipa multidisciplinar, realizei uma sessão de formação dirigida ao grupo de pares subordinada ao tema “Salinização para manutenção da permeabilidade de cateteres venosos centrais, em crianças”. A decisão pela realização da sessão teve por base o diagnóstico de necessidades formativas da equipa, elaborado com base na observação da prática assistencial de enfermagem, na consulta e conhecimento de protocolos de atuação e normas para realização de procedimentos técnicos existentes no serviço, na análise do plano de formação em serviço e nas necessidades reconhecidas aos elementos da equipa através de entrevistas informais realizadas, inclusivamente à enfermeira gestora do serviço. Estas, permitiram-me aferir que alguns elementos da equipa desconheciam a atual evidência, quer no referente à teoria, quer no referente ao procedimento técnico, tendo a sua totalidade concordado que a sessão de formação seria profícua para o exercício da sua prática assistencial.

A sessão de formação, cujo método de apresentação foi expositivo, constou com a assistência e participação de 9 profissionais, 6 deles assistiram presencialmente e 3 assistiram pela modalidade de ensino eletrónico através do software de teleconferência *Zoom*®, os quais demonstraram uma postura de total interesse, apresentando várias questões e proporcionando momentos de reflexão e discussão conjunta. Assim, e tendo por objetivos sensibilizar para a incorporação da evidência mais atual sobre a heparinização do CVC na prática assistencial, e dotar os enfermeiros com o mais recente e fidedigno conhecimento científico acerca da utilização da solução de cloreto de sódio 0,9% como solução de bloqueio do CVC, coloquei como desafios à equipa de enfermagem podendo, contudo, ser alargados à equipa multidisciplinar, a participação num evento científico sobre a gestão de acessos

vasculares, e a realização de um estudo estruturado, seguido de eventual atualização do protocolo instituído no serviço.

Uma vez que compete ao EE avaliar a satisfação da formação implementada (Regulamento n.º 140/2019, 2019), os resultados da avaliação da sessão, obtidos através do preenchimento de um questionário com recurso à plataforma *Google Forms*®, permitiram aferir o contentamento global relativamente aos três aspetos avaliados, o conteúdo programático, a organização da sessão e o formador. Esta sessão cuja informação se encontra no Apêndice I, realizada em contexto de trabalho e inserida na formação contínua, constituiu não só uma oportunidade de atualização formativa da equipa, ao representar um momento privilegiado para o desenvolvimento pessoal e profissional dos seus elementos, como contribuiu também para o desenvolvimento das minhas competências no âmbito de formação ao grupo de pares. Uma outra atividade promotora do processo de autodesenvolvimento, consistiu na participação em eventos científicos (Anexo I). Estes, possibilitaram-me a apropriação do atual conhecimento científico, “*saber o quê*”, ao conhecer os resultados dos estudos mais recentemente realizados em cada área de interesse, bem como obter conhecimento prático, “*saber como*”, partilhado pelos profissionais que integraram os eventos e resultante das suas experiências e vivências, as quais segundo Benner fornecem a proficiência, permitindo ao enfermeiro apreender o que é relevante para a situação e extrair o seu significado (Silva & Batoca, 2003).

A reflexão assiste o processo de aprendizagem e impulsiona o corpo de conhecimentos da própria disciplina. Assim, e embora todos os eventos tenham contribuído para aprofundar conhecimentos por meio da atividade reflexiva sobre situações clínicas específicas, como no “*webinar noonan syndrome*”, ou sobre as práticas atuais e sua segurança, como no curso *online* “Qualidade e segurança da criança doente em ambiente hospitalar, segurança dos medicamentos de alta vigilância e LASA”, realço a participação em dois deles. Destaco primeiramente a participação no “2º Seminário de Investigação do Projeto NIDCare” subordinado ao tema Literacia em Saúde e Cuidados Centrados na Família, nomeadamente o debate sobre os atuais desafios à implementação dos cuidados centrados na família, podendo estes ser de etiologia geral, institucional, profissional como crenças e mentalidades, familiar como aspetos dificultadores da participação da família nos cuidados e/ ou pandémica, particularmente as restrições de visitas, e a limitação do toque à criança hospitalizada. Este debate conferiu importantes partilhas e motivou uma reflexão especial à luz das competências específicas do EEESIP sobre vários aspetos, em especial sobre as minhas atitudes e comportamentos para com o binómio, sejam eles consonantes com normas

do serviço ou impremeditados. A outra experiência que evidencio foi a participação no *webinar* alusivo aos “Cuidados Paliativos Pediátricos” (CPP). Uma temática deveras desafiante que me fez refletir sobre os cuidados prestados à criança com necessidade de CPP e sua família, iniciados no momento de diagnóstico e sujeitos à ação de uma panóplia de dispositivos médicos, que associados ao quotidiano destas crianças lhes proporcionam uma maior longevidade. Esta reflexão teve por base a partilha de experiências e conhecimentos de EEESIP, enfermeiros membros da associação portuguesa de cuidados paliativos e da sociedade portuguesa de pediatria, e incidiu sobre como fazer diferente, como construir memórias, como facilitar a relação familiar e a vivência de uma situação de cuidados paliativos em pediatria, tornando aquele tempo mais significativo e valioso. As conclusões passaram pela realização de atividades como instruir os pares, apoiar e empoderar a criança e família, gerir a dor e o bem-estar da criança e cumprir desejos e vontades do binómio, tais como proporcionar a escolha do local da morte da criança quando em situação de fim de vida, promover o batismo se lactente e permitir a visita de família alargada. Estes momentos reflexivos incitados pelos eventos científicos permitiram-me mobilizar e atualizar conhecimentos e competências, incorporar valores, influenciar crenças e atitudes e consequentemente, moldar a conduta de atuação profissional levando a uma prestação de cuidados mais segura e de elevada qualidade (Lee, 2011; Mlambo et al., 2021).

As atividades descritas, provenientes de uma atitude reflexiva, ajuizada com o pensamento crítico e fundamentada com a evidência científica, contribuíram grandemente no decurso do meu processo formativo para o desenvolvimento de competências neste domínio de atuação, e posteriormente para um maior controlo sobre a minha prática de cuidados. Porém, várias outras áreas para além das supracitadas, foram sendo alvo de investimento pessoal, em particular, o Programa de Avaliação e Cuidados de Desenvolvimento Individualizados para o recém-nascido (NIDCAP), o sistema de triagem pediátrico *Canadian Paediatric Triage Acuit Scale*, a criança com Doença Crónica Complexa (DCC) e a criança com necessidades de cuidados paliativos.

Este percurso, espelha que a formação contínua, na qual todos os enfermeiros devem assumir um papel ativo, advinda da reflexão sobre a prática, da partilha de saberes e experiências ou de formação pós-graduada, é imprescindível ao seu desenvolvimento pessoal e profissional e determinante para o alcance da excelência dos cuidados, principalmente quando o beneficiário dos mesmos é a criança e família, enformado pelo reconhecimento da criança como Ser vulnerável e a valorização da família como o principal prestador de cuidados.

4.3. DOMÍNIO DA INVESTIGAÇÃO

A enfermagem necessita de produção e renovação contínua do seu próprio corpo de conhecimentos. Porém, e embora os métodos para aquisição dos mesmos sejam múltiplos, tais como a intuição, as tradições, a autoridade, a experiência pessoal, a tentativa e erro, o raciocínio lógico e a investigação científica, é, este último, o mais rigoroso e aceitável por assentar num processo racional e sistemático.

A investigação científica estabelece uma ponte entre a disciplina de enfermagem e a prática profissional permitindo verificar ou desenvolver a teoria, funcionando esta união como a base orientadora da prática (Fortin, 1996). Assim, a investigação em enfermagem assume-se “*como um meio de desenvolvimento do exercício profissional*” (Lei n.º 156/2015, 2015, p. 40) visto que o conhecimento válido, atual e pertinente produzido, induz alterações de práticas e metodologias em contexto assistencial, possibilita a utilização de estratégias de gestão e liderança adequadas e inovadoras e promove o desenvolvimento de competências, comprovando a conexão entre todos os domínios de atuação do enfermeiro.

Perante a importância da investigação para a qualidade, eficácia e eficiência dos cuidados, assegurei o contínuo desenvolvimento de competências neste domínio no decurso de todo o meu percurso formativo, objetivando um papel de agente ativo no desenvolvimento e aplicação da investigação no contexto de prática clínica e a fundamentação dos meus processos de tomada de decisão e intervenções.

Competências:

Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;

Participar e promover a investigação em serviço na área da EESIP;

Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;

Objetivo Específico:

- Desenvolver competências no domínio da investigação;

Atividades:

- Realizar pesquisa bibliográfica com recurso a fontes credíveis e fidedignas no âmbito do conhecimento na área de atuação do EEESIP;
- Partilhar e discutir com os enfermeiros Tutores e restante equipa de enfermagem o

- conhecimento científico adquirido;
- Realizar uma revisão integrativa de literatura;
 - Integrar na prática assistencial o mais recente e fidedigno conhecimento científico;

As necessidades e exigências da criança e família alteram-se constantemente, potenciando a identificação de lacunas do conhecimento e da prática assistencial, as quais devem ser reconhecidas como oportunidades de investigação.

Deste modo, e visando uma prática baseada na evidência, menciono a pesquisa bibliográfica continuamente realizada ao longo de todo o estágio. Esta, foi efetivada com recurso a distintas plataformas e bases de dados, livros, revistas, teses, artigos científicos, dissertações, leis, pareceres do conselho jurisdicional, normas, orientações, ofícios, procedimentos e documentos da OE e da DGS. A pesquisa concedeu-me novo conhecimento científico, o qual, conjugado com o conhecimento teórico adquirido em contexto académico e com o conhecimento prático adquirido em contexto profissional, me possibilitou prestar cuidados especializados, seguros e competentes (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Reconhecendo ao EE a *“responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem”* (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4744), outras das atividades executadas consistiram na interpretação e divulgação do conhecimento obtido com os Tutores e restante equipa, objetivando a sua incorporação de forma refletida no contexto da prática de cuidados, fundamentando-a. Como exemplo, no serviço de neonatologia, refleti em conjunto com a equipa sobre as medidas preventivas de úlceras por pressão no RN submetido a ventilação não invasiva (VNI) causadas pela interface, as quais valorizam atualmente, a par da utilização de apósitos hidrocolóides, os cuidados preventivos à pele, tais como a evicção de sabonetes e movimentos de fricção, a manutenção da pele limpa e seca, o alívio regular de pressão e a alternância de interface entre prongs e máscara facial (Guedes et al., 2019; Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2016).

Uma outra temática que motivou a realização de uma pesquisa bibliográfica aprofundada, foi a manutenção da permeabilidade do CVC quando encerrado. A investigação relativa a esta temática permitiu-me conhecer as atuais orientações em termos de procedimentos técnicos, as quais divulguei posteriormente junto das equipas através da discussão reflexiva e análise em grupo dos artigos obtidos e da dinamização da sessão de formação ao grupo de pares no serviço de pediatria médica. Todavia, neste serviço, incitei a cultura de investigação ao desafiar a equipa a realizar um estudo experimental.

Destaco ainda uma outra situação que me impeliu a refletir com especial e renovada atenção, sobre a intervenção do EEESIP na capacitação e empoderamento do cuidador informal no cuidado à criança com DCC, dependente de tecnologia. Esta reflexão foi motivada por uma situação que envolveu uma criança de 3 anos, com diagnóstico médico de paralisia cerebral, alimentada exclusivamente por sonda de gastrostomia (SGT), que havia sido hospitalizada por desnutrição severa, resultado da inadaptação da mãe ao dispositivo médico. Objetivando a *“identificação de saberes específicos e de uma evolução para a prática baseada na evidência”* (Ordem dos Enfermeiros, 2006, p. 2) e respondendo concomitantemente à questão resultante da prática de cuidados, *“Quais as intervenções de enfermagem promotoras da adaptação da criança e família à sonda de gastrostomia?”*, elaborei uma revisão integrativa da literatura (RIL) intitulada *“Adaptação da criança e família à sonda de gastrostomia”* (Apêndice II).

Esta RIL permitiu-me compreender que as dúvidas, angústias e dificuldade sentidas pelas famílias de crianças gastrostomizadas surgem no momento de decisão da realização de gastrostomia (GT) e podem persistir continuamente se não forem prestados cuidados de enfermagem promotores da sua adaptação. Deste modo, a evidência científica demonstra que a intervenção do enfermeiro é decisiva no processo de adaptação da criança e família à colocação da SGT e no alcance do reequilíbrio.

De acordo com a pesquisa realizada, existem diversas intervenções de enfermagem promotoras da adaptação tais como a adequada transmissão de más notícias, o modelo “M-FAMM”, a educação do cuidador de crianças gastrostomizadas e o acompanhamento domiciliário. Contudo, todas elas se centram na família, inclusive nos irmãos, e têm por objetivo promover o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades técnicas e psicossociais da família e da própria criança, quando possível, assegurando que o quotidiano da família onde a criança se insere seja o mais “normal” possível.

Uma vez que a atuação do enfermeiro se demonstrou decisiva em todo o processo, perspetivo partilhar os resultados com a equipa do serviço de pediatria médica, participando numa sessão de formação dinamizada pelo enfermeiro responsável pela formação sobre a temática em estudo, integrada no plano de formação interno do serviço.

A elaboração desta revisão possibilitou reunir e sintetizar a evidência científica sobre as intervenções de enfermagem promotoras da adaptação da criança e família à SGT e assim contribuir para o desenvolvimento da prática clínica especializada (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

As atividades descritas traduzem a importância do conhecimento atualizado no desenvolvimento de uma prática baseada na evidência, conceptualizada como uma tomada de decisão atendendo à melhor evidência científica disponível, conjugada com a experiência, opinião de peritos, valores e preferências dos utentes e o contexto clínico em que os cuidados são prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2006) e consequentemente a pertinência do domínio da investigação em Enfermagem.

Torna-se assim essencial enquanto futura EEESIP, a reflexão cuidada sobre a prática e o incessante desenvolvimento de competências neste domínio de atuação para me assumir “*como facilitadora nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação*” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4749). Este percurso permitiu-me reconhecer o lugar privilegiado que o EEESIP ocupa, de responsabilidade e competência acrescida no âmbito deste domínio.

4.4. DOMÍNIO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

No exercício da sua atividade o enfermeiro presta cuidados, definidos como “*intervenções autónomas ou interdependentes, (...) no âmbito das suas qualificações profissionais*” (Lei n.º 156/2015, 2015, p. 95). Assim, a performance do EEESIP traduz-se “*na prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias, procurando responder globalmente ao “mundo” da criança*” (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19192), justificando a importância deste domínio na assistência da criança e família, bem como no decurso do meu percurso formativo.

O meu cuidado assenta num modelo de prestação de cuidados individualizados e não traumáticos, centrados no binómio criança e família. Para tal, a minha atuação foi alavancada na desejável parceria negociada com a família, numa atitude de respeito pelo seu conhecimento, competência e experiência, e de preocupação com o que cada protagonista acrescenta ao plano de cuidados dirigido à criança, tal como espelha este subcapítulo, comprovador do desenvolvimento e aquisição de competências específicas do EEESIP neste âmbito de atuação.

Competência:

Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;

Objetivo Específico:

- Compreender a dinâmica estrutural, organizacional e funcional dos diversos contextos de prática clínica e das suas equipas multidisciplinares;

Atividades:

- Realizar visita guiada aos contextos de prática clínica;
- Conhecer a equipa de enfermagem e multidisciplinar;
- Consultar normas, manuais, protocolos e programas existentes;
- Prestar cuidados em articulação e complementaridade funcional;
- Assegurar a continuidade dos cuidados prestados à criança e família;

Em todos os contextos de prática clínica fui recebida pela enfermeira gestora do serviço que procedeu à apresentação da estrutura física, descreveu a dinâmica organizacional e funcional do contexto e apresentou os profissionais presentes. Todas as equipas se demonstraram bastante disponíveis e me acolheram generosamente, conferindo-me um sentimento de pertença à mesma, facilitador da minha integração. Adotei uma postura de recetividade, respeito, responsabilidade e motivação em colaborar nas distintas e enriquecedoras experiências, usufruindo o melhor possível das mesmas no que se refere à aquisição e desenvolvimento de competências. Inicialmente assumi uma postura observacional, a qual foi sendo substituída por uma atitude participativa com autonomia crescente. Este processo evolutivo possibilitou-me identificar e assegurar o cumprimento do princípio estabelecido no REPE, complementaridade funcional, densificado no dever enunciado na alínea b) do Artigo 91º do Estatuto da OE, republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 (2015, p. 84) que prescreve que o enfermeiro deve *“trabalhar em articulação com os restantes profissionais de saúde”*, e no mesmo sentido, em acordo com a alínea a), *“atuar responsabilmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma”*. Deste modo, desenvolvi o meu exercício profissional de forma autónoma, no âmbito da minha esfera de competência e interligando-se em complementaridade funcional quando a natureza dos cuidados pressupunha o trabalho de equipa.

A integração da equipa, colaborando com a responsabilidade que me era própria nas decisões sobre promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e recuperação, foi facilitada pela partilha de saberes e experiências, e pela consulta e conhecimento de normas, manuais, protocolos e programas existentes nos contextos, documentos estes reguladores de comportamentos, favorecedores de uma prática de enfermagem orientada, e conducentes a

respostas seguras, flexíveis e com iguais níveis de qualidade (Administração Central do Sistema de Saúde & Ministério da Saúde, 2011). No processo de tomada de decisão clínica do enfermeiro intervêm assim fatores externos, de caráter contextual, tais como os recursos e fontes de informação disponíveis, e internos, de caráter individual, nomeadamente os que se relacionam com o seu conhecimento e experiência (Prazeres, 2020).

O conhecimento da disciplina de enfermagem é vertido nos Sistemas de Informação em uso nos distintos contextos, traduzindo por um lado a tomada de decisão clínica através da realização do Processo de Enfermagem (PE) e assegurando por outro, “a continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem” (Conselho de Enfermagem, 2001, p. 47), um elemento importante na readaptação funcional da criança e família, assegurado de forma contínua ao longo de todo o meu percurso formativo, embora com especial ênfase aquando da mudança de turno do enfermeiro, mudança de serviço e/ou momento da alta da criança e família.

Deste modo, e objetivando a continuidade dos cuidados, todos estes momentos foram sempre precedidos por um processo de planeamento e preparação, o qual contemplou aspetos referentes à criança e família e ainda uma estruturada e lógica transmissão de informação, prevenindo incidentes críticos ou omissões de cuidados. Contudo, a alta clínica, foi sempre planeada continuamente desde o momento de admissão da criança e família, uma vez que a sua realização atempada possibilitou identificar necessidades de cuidados pós alta, reconhecer capacidades e recursos da própria criança e família, e possibilitar o seu empoderamento e/ ou encaminhamento para outros recursos de saúde da comunidade. Este processo comprova assim, que apenas com o trabalho colaborativo entre profissionais, equipas, serviços e/ ou instituições se assegura a qualidade de cuidados (McFetridge et al., 2007), assumindo-se o EEESIP como elo central do mesmo, integrando e interagindo com a equipa multidisciplinar (Bernardino et al., 2010; Petronilho, 2007).

Considero que a realização das atividades descritas, potenciaram e promoveram a minha capacidade de trabalhar na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

Competência:

Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura;

Objetivo Específico:

Aprofundar competências comunicacionais com a criança e família;

Atividades:

- Identificar diferentes formas de comunicar;
- Utilizar tipos de comunicação e técnicas comunicacionais adequadas;
- Participar na transmissão de más notícias;
- Respeitar as crenças e a cultura da criança e família;

De acordo com Phaneuf (2005), a comunicação é a principal ferramenta terapêutica do enfermeiro uma vez que possibilita conhecer a personalidade, o ambiente de vida da pessoa e a concepção do mundo que dificulta ou motiva os seus esforços para se proteger da doença ou para se tomar a cargo e conformar com o tratamento. Ainda de acordo com o mesmo autor, comunicar pressupõe criar e recriar informação realçando a necessidade de confiança, à-vontade e compreensão recíproca, pelo que é considerado um processo difícil, nomeadamente quando envolve a criança e família. Pois, perante a imprevisibilidade do comportamento da criança, devido ao seu estágio de desenvolvimento, à sua situação de saúde ou à fase de aceitação do processo de doença em que se encontra, exige uma interação plena entre os três elementos, marcada pela sensibilidade, empatia, compreensão e honestidade (Biasibetti et al., 2019). Deste modo, a comunicação, componente integrante e fundamental dos cuidados foi indissociável de toda a minha atuação, passando por estabelecer um relacionamento interpessoal de respeito pela individualidade da criança e família, promovendo a sua confiança e envolvimento enquanto parceiros nos cuidados, minimizando a angústia e ansiedade e conferindo tranquilidade e segurança.

Determinada a importância da comunicação nos cuidados, tendo por objetivo aprimorar competências de modo a garantir a satisfação do meu objetivo comunicacional, e reconhecendo que a eficácia da mesma pressupõe que esta seja apropriada à situação, adequadamente oportuna e feita com clareza, fui particularizando e optando por distintos tipos de comunicação e técnicas comunicacionais. Esta escolha atendeu ao contexto de atuação, à faixa etária e ao estágio de desenvolvimento da criança, uma vez que a sua capacidade de comunicar varia consoante alguns aspetos, nomeadamente consoante o nível de desenvolvimento das competências de audição e linguagem.

“Todo o comportamento, incluindo o silêncio, constitui uma comunicação mesmo quando não é desejado ou consciente” (Pereira, 2008, p. 58). Deste modo, o tipo de comunicação

pode ser verbal se dinamizado pela linguagem, ou não-verbal se assente em comportamentos mais espontâneos, não tão selecionados nem controlados como os verbais, pelo que por vezes as mensagens não verbais se assumem mais importantes. Por comunicação não-verbal entende-se assim toda a linguagem corporal que reforça, substitui ou contraria a fala, como gestos, expressão facial, postura, toque e olhar. Este tipo de comunicação inclui, portanto, a cinésica, a proxémica e a paralinguística, compreendida esta última desde cedo pelas crianças, justificando a minha tentativa constante em utilizar comportamentos de aceitação para com as mesmas, tais como concordar com a cabeça, fazer comentários apropriados e manter contacto visual direto.

No que se refere à seleção das técnicas comunicacionais, para além dos fatores supracitados, esta foi realizada em consonância com o exposto por Lambert et al. (2012). Assim, particularizando ao RN e lactente, os quais estão sintonizados com a voz humana, responsivos à interação e atraídos pelo rosto (Palazzi et al., 2015), atendi às suas formas de comunicar, nomeadamente o choro, tónus muscular, olhar, movimento corporal e expressão facial, respondendo com tranquilidade, satisfazendo as suas necessidades fisiológicas quando presentes, promovendo a sua reorganização e conforto através da massagem, da contenção física e do posicionamento adequado. Adotei um tom de voz agudo, suave e calmo, alonguei as vogais, assumi uma expressão facial exagerada e tentei controlar o ruído exterior. Para além destas atividades, na comunicação com o lactente, visto que ele compreende sobretudo a do tipo não-verbal, extrai conforto do som de uma voz mesmo não compreendendo as palavras e expressa a sua satisfação através do sorriso, recorri também à interação utilizando a brincadeira lúdica, e conferi-lhe tempo para se organizar sozinho, protelando pegar-lhe ao colo. Contudo, nas situações em que tal era imprescindível, mantive o seu contacto visual com a pessoa de referência, uma vez que qualquer estranho nesta fase desenvolvimental representa para ele uma ameaça.

A criança em idade pré-escolar é centrada nela própria e não detém ainda suficientes competências de linguagem para expressar sentimentos e desejos, no entanto, comunica eficazmente de modo não-verbal com recurso às mãos. Deste modo, nesta faixa etária centrei a comunicação na própria criança, comunicando com ela com recurso a objetos de transição como bonecas ou peluches, utilizando frases curtas e simples, e uma linguagem adequada ao seu nível de desenvolvimento com denominações da própria criança para os objetos ou ações, facilitando o seu entendimento, evitando utilizar expressões que pudessem ser mal interpretadas, uma vez que ela faz interpretações literais das palavras. Recorri também a livros ou contos de histórias para lhe explicar procedimentos e incentivei-a a manipular

previamente o material e/ou equipamento que iria utilizar. A brincadeira lúdica foi uma estratégia de comunicação terapêutica transversal a distintas faixas etárias, contudo assumiu nesta um particular destaque por permitir desmistificar os materiais hospitalares, reduzir a ansiedade e criar memória de casa. A criança em idade escolar, contrariamente à de idade pré-escolar, apresenta particular interesse pela tecnologia e conhecimento, e demonstra maior preocupação com a sua integridade corporal. Por este motivo, a minha comunicação com a criança neste período biológico comportou a informação e a explicação do procedimento a realizar com recurso a diagramas, ilustrações e livros, conferindo espaço para a expressão de sentimentos e tempo para a colocação de questões, envolvendo-a sempre nos cuidados prestados.

O processo comunicacional estabelecido com o jovem adolescente, um grupo-alvo totalmente distinto por se encontrar a vivenciar um período de intenso crescimento e desenvolvimento, marcado por profundas mudanças e grandes desafios, apresentou especial importância. Pois, uma vez que ele *“não possui maturidade suficiente para definir e assumir as decisões no sentido do seu melhor interesse”* (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 19), torna-se essencial uma comunicação eficaz promotora da relação interpessoal que, por sua vez, conduz à autodeterminação e envolvimento do adolescente com a sua responsabilização progressivamente crescente. Deste modo, a comunicação com o jovem adolescente objetivou a contextualização e problematização da sua realidade, identificando para tal vulnerabilidades e adversidades com base no diálogo participativo mantido no decurso da entrevista. Este método de colheita de dados foi embasado nas relações horizontais, no respeito pela sua cultura, sentimentos e ideias, na partilha de saberes, na garantia do sigilo, no elogio de aspetos positivos e na aceitação e tolerância das diferenças. No decurso do processo comunicacional com o adolescente, adotei uma postura de escuta e não de questionamento constante, e incentivei-o a que se tornasse protagonista da solução para os seus problemas bem como de ações de educação para a saúde. Para tal, motivei o seu envolvimento e empoderamento no seu processo de saúde/ doença, e fomentei a educação para a saúde entre pares, incitando-o a atuar como transmissor do conhecimento junto de outros adolescentes.

De forma transversal à minha assistência, independentemente da faixa etária da criança, tentei assegurar sempre a congruência entre a minha linguagem não-verbal e verbal, e utilizei repetidamente os itens da mnemónica “KIDSCARE”, nomeadamente bater na porta do quarto antes de entrar, proceder à minha apresentação inicial, descrever e explicar

previamente as minhas atividades, identificar o nome pelo qual a criança gosta de ser chamada e adotar uma conduta de disponibilidade e acessibilidade (Lambert et al., 2012). Embora a comunicação tenha sido transversal a todos os contextos, destaco uma situação que decorreu no serviço de neonatologia a qual me incitou a refletir de forma aprofundada. Esta emergiu no decurso da prestação de cuidados a um RN filho de pais nepaleses e respetiva família, situação na qual me deparei com dois outros aspetos a ter em consideração para uma eficaz comunicação, o idioma e a cultura. Este confronto motivou a pesquisa e o aprofundar conhecimentos sobre a enfermagem transcultural, um aspeto essencial da saúde atual face ao acréscimo da população estrangeira residente em Portugal (SEF/GEPF, 2021). Associado aos fluxos migratórios, coexistem no país diferentes valores culturais, crenças, estilos de vida e idiomas, advindo novos desafios no âmbito da saúde, nomeadamente para os enfermeiros, os quais têm por objetivo tornar o conhecimento e a prática profissional culturalmente embasada, conceituada, planeada e operacionalizada. Deste modo, além de uma comunicação efetiva é requerido ao enfermeiro conhecimento transcultural (Gualda & Hoga, 1992).

Reconhecendo que a eficácia da comunicação transcultural pressupõe a compreensão dos próprios valores e crenças, comecei por realizar uma introspeção sobre eventuais preconceitos existentes, evitando estereótipos e discriminações que pudessem comprometer a minha capacidade em aprender e aceitar diferentes práticas e culturas (Conselho de Enfermagem, 2001; Vilelas & Janeiro, 2012). Posteriormente, no que se refere ao tipo de comunicação verbal, uma vez que não dominava o idioma, recorri à tecnologia como forma de traduzir as mensagens a comunicar, e relativamente à comunicação não-verbal, utilizei a linguagem gestual. No entanto, reconhecendo que o significado deste tipo de comunicação difere mediante a cultura, efetuei uma pesquisa bibliográfica sobre a comunicação não-verbal da cultura asiática, concluindo que relativamente ao toque, este não é permitido na cabeça por a considerarem como a fonte de força da pessoa. Contrariamente, o silêncio assume-se como crucial uma vez que é sinónimo de respeito. No que se refere a crenças em saúde, os asiáticos acreditam ter algum controlo sobre os eventos da vida e sobre a sua saúde, pelo que são recetivos e cumpridores das medidas de educação para a saúde de que são alvo. Deste modo, e sendo o âmago da enfermagem transcultural a compreensão, o respeito e a satisfação das necessidades culturais da criança e família aferidas através de sinais de comunicação não-verbal (Vilelas & Janeiro, 2012), afirmo que a compreensão progressiva desse tipo de comunicação e dos seus significados se tornou determinante para atingir e manter uma prestação de cuidados culturalmente competente.

Ao longo do meu percurso, em particular aquando da prestação de cuidados à criança e família em situação de especial complexidade, verifiquei que embora a mensagem transmitida pudesse afetar negativamente as expetativas e perspetivas futuras, destruindo esperanças e sonhos, a comunicação se continuava a assumir como um dos principais componentes do cuidar, e a informação um dos principais aspetos influenciadores do processo de decisão, aceitação e adaptação à mudança. Deste modo, “*A unidade recetora de cuidados é a criança - família, (...) devem receber tanta informação quanta desejarem*” (GdT SEAMS, 2014, p. 11).

No decurso do estágio, a transmissão de informação à criança e família com potencial para constituir uma má notícia, foi realizada de forma clara e simples, de modo coerente e uniforme com a restante equipa e com base na sua agenda, ou seja, gradualmente de acordo com as suas necessidades, desejos de informação, preocupações, expetativas e capacidade de compreensão, nomeadamente da morte. Pois, esta requer entendimento dos conceitos de irreversibilidade, não funcionalidade, universalidade e causalidade, exigindo esclarecimentos complementares para além das respostas e explicações a questões colocadas pela criança (Barbosa & Neto, 2010; Himelstein et al., 2004). A escolha prévia do local onde transmitir a informação, o envolvimento da equipa, a utilização de um discurso claro e honesto sempre em presença de uma pessoa significativa ou familiar, a utilização do toque, o espaço proporcionado para a expressão de sentimentos e emoções, a garantia de apoio contínuo e a apresentação do plano de cuidados, foram outras estratégias empregues, embora sempre ajustadas às características do contexto e particularidades da criança e família (Pereira, 2008). Estas atividades, a par de todas as outras supracitadas asseguraram o cumprimento do objetivo a que me propus, demonstrando o desenvolvimento de competências comunicacionais.

Competências:

Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada;

Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EESIP;

Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspetiva profissional avançada;

Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EESIP;

Objetivos Específicos:

- Desenvolver competências no cuidado especializado à criança e família em situação de especial complexidade;
- Desenvolver competências na gestão da dor da criança;
- Desenvolver conhecimentos e competências no cuidado especializado à criança e família com necessidade de cuidados paliativos pediátricos;
- Desenvolver competências no cuidado especializado à criança e família, com foco na promoção da transição em situação saúde/doença;
- Promover a saúde e bem-estar da criança e família;

Atividades:

- Reconhecer precocemente situações de especial complexidade;
- Prestar cuidados especializados à criança e família, em situação de especial complexidade;
- Monitorizar a dor, através de instrumentos de avaliação da intensidade da dor;
- Implementar intervenções farmacológicas e/ou não farmacológicas sensoriais e cognitivo comportamentais para controlo de dor;
- Colaborar nos cuidados prestados pela EIHSCPP;
- Prestar cuidados conducentes à adaptação da criança e família ao longo da trajetória da doença;
- Colaborar no processo de preparação de transição para o domicílio da criança com necessidade de cuidados;
- Articular e assegurar a continuidade de cuidados com os recursos de saúde da comunidade;

A diversidade e riqueza dos contextos de prática clínica possibilitou-me experienciar e colaborar numa panóplia de situações de particular exigência. Todas elas se revelaram essenciais no meu processo de desenvolvimento, pois, o contacto com situações clínicas, procedimentos e técnicas com as quais até então não havia tido oportunidade, impeliu a minha reflexão e pesquisa, possibilitando-me responder na complexidade de forma atempada e segura, suportada por atuais, pertinentes e válidos conhecimentos e habilidades (Regulamento n.º 422/2018, 2018). Deste modo, pude identificar vários tipos de situações

complexas, em particular as situações de DC, as quais podem ser frequentes como as patologias de etiologia neuromuscular, ou menos frequentes como as doenças genéticas de Wilson e de Noonan, as situações de instabilidade de funções vitais como as de emergência, e ainda um terceiro tipo de situações provenientes das características da própria criança, como a sua dependência de tecnologia para suporte e/ou substituição de funções de órgãos. Também a dor, que sendo *“um fenómeno multidimensional, complexo (...) presente na generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde, cujo controlo é um dever dos profissionais de saúde e um direito dos que dela sofrem”* (Batalha, 2010, p. XIII) se enquadrou nas dimensões de maior complexidade da assistência que desenvolvi. Visando a minha prática assistencial uma prestação de cuidados não traumáticos, de acordo com o consagrado na convenção dos direitos da criança e na Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada, realço a *“gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem”* (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19193). Inúmeras foram as situações em procedi à sua avaliação e alívio, em particular aquando da realização de procedimentos invasivos em que cumpro as orientações técnicas emanadas pela DGS (2012c) para controlo da dor no decurso dos mesmos. Porém, reconhecendo que a dor causada por procedimentos invasivos pode ter implicações emocionais e psicológicas para a criança (Oliveira et al., 2018), a minha atuação foi igualmente orientada pelos princípios gerais para o seu efetivo controlo explanados no Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança (Ordem dos Enfermeiros, 2013), nomeadamente a negociação da presença e envolvimento do familiar, o agrupar de cuidados, o respeito e consideração pela idade e desenvolvimento cognitivo, a honestidade na informação fornecida, o incentivo à expressão de sentimentos por parte da criança, o elogio positivo no final e a permanência junto do mesmo após o termino do procedimento.

A dor encerra dois conceitos indissociáveis, a individualidade e a subjetividade, que conjugados com a componente social e sensorial da criança dificultam a atuação do enfermeiro. No entanto, constituindo a sua gestão uma prioridade na atuação do EEESIP, a sua avaliação foi por mim frequentemente realizada de forma precoce, rigorosa e universal, assentando na norma n.º 014/2010 (DGS, 2010a), e conduziu à seleção de estratégias farmacológicas e/ou não farmacológicas consoante os recursos existentes, a sensibilidade da criança à dor, as suas preferências e habilidades, o nível de desenvolvimento cognitivo, as estratégias de coping que dispunha, o tipo e características de dor e o tipo de procedimento a realizar, não o iniciando contudo, sem o seu adequado planeamento. Este, envolveu sempre a preparação e informação prévia da criança e família e a instrução da família quanto ao

nível e tipo de colaboração requerido no decurso do procedimento (DGS, 2012c, 2012d, 2012e; Ordem dos Enfermeiros, 2013). Contudo, este fenómeno multidimensional que é a dor, exige uma resposta personalizada e igualmente universal, obtida da excelência dos cuidados prestados (Batalha, 2010).

Todavia, como referido, ao longo do meu percurso formativo pude experienciar outros tipos de situações imprevistas e complexas. Assim, particularizando o SUP, tive oportunidade de prestar cuidados em todas as suas áreas clínicas, iniciando contudo a minha trajetória na área de triagem, a qual me possibilitou desenvolver competências e conhecimentos no sentido de adquirir um olhar fidedigno e direcionado ao sinal ou sintoma da criança e família, concretizar um atendimento acolhedor e decidir critica e reflexivamente (Magalhães et al., 2016). Aprofundei igualmente o conhecimento e a destreza na aplicação do sistema utilizado para avaliação da criança e família, o Canadian Paediatric Triage and Acuity Scal, classificando-a consoante o seu grau de urgência e priorizando a assistência em níveis de gravidade conforme esse grau, relacionados com os tempos de espera para a assistência médica. Este processo incluiu três etapas, a impressão inicial de gravidade avaliada pelo triângulo de avaliação pediátrica, o motivo principal de ida ao SUP e a avaliação dos sinais vitais atendendo à idade e a fatores de risco associados (Canadian Association of Emergency Physicians, 2013).

Nas outras áreas clínicas do SUP a minha atuação consistiu na administração de terapêutica, na colaboração em procedimentos técnicos como sutura de lesões cutâneas e realização de punção lombar, na preparação para realização de exames ou cirurgia e na colheita de espécimes para análise, nomeadamente colheita de urina concretizada com recurso ao método não-invasivo *clean cath* quando realizado ao RN ou lactentes sem controlo de esfíncteres, promotor do seu conforto físico e psíquico (Almeida, 2018; Kaufman et al., 2017). No entanto, as minhas intervenções não se limitaram às interdependentes associadas aos diagnósticos médicos, mas sim, e com maior pertinência, visaram na sua maioria a satisfação das necessidades identificadas através da elaboração dos diagnósticos de enfermagem, como dor, dispneia, autocuidado comprometido, risco de desenvolvimento infantil comprometido e risco de compromisso de adaptação ao papel parental especial ou complexo durante a hospitalização. Assim, em todas as áreas clínicas do SUP, independentemente do tempo de permanência e do contacto estabelecido com a criança e família, os cuidados prestados tiveram por objetivo a promoção dos processos de readaptação e maximização da sua saúde através de distintas atividades, nomeadamente instrução e ensino conferente de *“conhecimento e aprendizagem de habilidades*

especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19193). Destes, realço os referentes à febre que constaram essencialmente no ensino sobre a técnica correta de avaliação de temperatura; no conhecimento da definição de febre; na descrição dos sinais de alerta e importância da sua vigilância; nas medidas antipiréticas e de alívio de desconforto; e pontualmente em outros aspetos contemplados na orientação técnica n.º016/2017 (DGS, 2017) e na norma n.º014/2018 (DGS, 2018). Outras atividades de educação para a saúde focaram-se na capacitação da família para gerir a terapêutica analgésica e antipirética, preparar e administrar a terapêutica sob a forma de apresentação de suspensão oral e inalatória e vigiar e reconhecer sinais de dispneia.

Para além destas atividades tive ainda oportunidade de colaborar com o EEESIP nos cuidados prestados na sala de emergência, cuja função se destina à “*observação de doentes inicialmente classificados de emergência ou, se necessário, qualquer doente no Serviço de Urgência que apresente descompensação das funções/parâmetros vitais que coloque a vida em risco*” (Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2018, p. 1), a um jovem adolescente vítima de intoxicação alcoólica aguda, transportado pelos bombeiros após ter sido encontrado caído na via pública, inconsciente e em hipotermia. Objetivando um melhor e mais eficiente desempenho das funções e atividades por parte da equipa adstrita à sala de emergência, detentora de formação especializada (DGS, 2016; Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2018) e uma atuação de complementaridade funcional entre os seus elementos, o EEESIP ativou e cumpriu o algoritmo de atuação em situação de emergência, liderando e colaborando na prestação dos cuidados, os quais assentaram na norma n.º 035/2012 da DGS (2012b), abordagem da intoxicação alcoólica aguda em adolescentes e jovens. Esta situação conduziu a uma reflexão cuidada, uma vez que o jovem saiu de casa com o propósito de cometer o suicídio, considerado a terceira causa de morte nos jovens entre os 15 e os 24 anos (APPIA, 2014; WHO, 2021). Motivou também o diálogo com a sua família, o qual objetivou identificar potenciais fatores de vulnerabilidade, alertar para outro tipo de sinais de perturbação e aumentar os fatores de proteção do jovem, informando para tal a sua família “*sobre os recursos a que (...) pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter*”(Lei n.º 156/2015, 2015, p. 80). Sendo esta uma área que se desenvolve em articulação com especialidades médicas e não médicas, os recursos são vastos e abrangentes, contemplando a medicina familiar, a psiquiatria, a psicologia, o serviço social e a enfermagem, a qual

integra as equipas locais de intervenção precoce na infância pertencentes ao Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), os Núcleos de Apoio às Crianças e Jovens em Risco e assume igualmente a responsabilidade pelo projeto “ + CONTIGO” desenvolvido em contexto de CSP (DGS, 2007).

Além desta, uma outra situação que me sensibilizou e levou a identificar e gerir eficazmente emoções e sentimentos de forma a compreender as emoções dos outros (Oliveira, 2019; Sousa et al., 2020), foi a situação que envolveu uma criança com transtorno do espectro autista. Esta, apresentava desde há alguns dias períodos de agitação motora, auto e hétero-agressividade particularmente dirigida à mãe, a sua cuidadora habitual, uma senhora emagrecida, dependente de oxigenoterapia contínua, encontrando-se ambos os elementos do binómio institucionalizados, embora sem o suporte adequado para a satisfação das suas necessidades de cuidados. A reflexão secundária a esta situação permitiu-me adquirir um novo olhar, porque embora a utilização de estratégias motivadoras da criança e família para a assunção dos seus papéis em saúde seja uma das competências por mim mobilizadas, onde os pais assumem o papel de cuidador, por outro lado, e de forma complementar, devem ser implementadas intervenções promotoras do descanso do mesmo, emergindo, na zona geográfica em causa, o serviço de pediatria médica do hospital, como o único lugar possível para tal. No entanto, recusando a mãe essa possibilidade e aferindo que a referenciação desta família a outra instituição já havia sido realizada, incentivei a expressão de sentimentos, a escuta ativa e proporcionei-lhe um momento de descanso durante o período em que permaneceu no SUP assumindo a responsabilidade pela prestação de todo o tipo de cuidados à criança, resultante da parceria negociada com a mesma, promovendo assim o bem-estar de ambos.

No âmbito do serviço de neonatologia prestei cuidados ao RN a maioria pré-termo (RNPT) sob alimentação entérica e/ou parentérica exclusiva, sujeito a ventilação mecânica invasiva ou não invasiva, com CVC e a realizar fototerapia.

O RNPT necessita de apoio no desenvolvimento das competências alimentares, porque para além da coordenação entre sucção, deglutição e respiração só estar completamente desenvolvida às 37 semanas de idade gestacional (IG), o RNPT sofre uma experiência perioral e oral aversiva causada pelos tubos de ventilação, alimentação e aspiração de secreções. Por este motivo, assegurei a sua alimentação parentérica e entérica, transitando para oral quando reunidas as condições neuro desenvolvimentais e obtida estabilidade hemodinâmica. Todavia, desenvolvi primeiramente os reflexos do RN por meio de atividades, como o contacto pele-a-pele, sucção não nutritiva, administração de pequenos

bólus de leite materno na língua e colocação do RN à mama, cumprindo seguidamente as normas do Guia Orientador da Alimentação Oral do RNPT (Lucas & Smith, 2015; Neto et al., 2016).

Uma outra característica da prematuridade é a imaturidade cutânea, impeditiva da assunção de importantes funções por parte da pele, nomeadamente a regulação térmica, a homeostasia eletrolítica e a prevenção de infeções (Feitosa et al., 2018). Assim, no cuidado ao RNPT devido à ineficácia na termorregulação, mantive a estabilidade da sua temperatura com recurso e controlo da temperatura ambiente e humidade da incubadora, ajustada esta última mediante a IG. Relativamente aos cuidados de higiene, realizei banhos parciais de 4/4 dias utilizando água corrente, minimizando o risco de lesões cutâneas e conseqüentemente de infeção associado ao uso de produtos de higiene ou hidratação. Outros cuidados assegurados consistiram na alternância regular de decúbito, otimização da fralda, avaliação da pele, alternância do local do sensor de oxigénio, na proteção dos olhos, da área genital e do próprio sensor de oxigénio pelo risco de queimadura durante a realização de fototerapia (Aredes et al., 2017; Feitosa et al., 2018; Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2014) e no cumprimento das PBCI da UPCIRA, com respeito pela norma n.º 029/2012 da DGS (2012a) e do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA, 2017).

A experiência resultante do conhecimento e do contacto com a assistência desenvolvida no serviço de pediatria médica foi extremamente proveitosa, possibilitando-me refletir com particular atenção sobre as implicações da capacidade assistencial da UCIN e UCIP, contextos profissionais onde respetivamente, exerci e exerço a profissão, nomeadamente no percurso de saúde/doença da criança e família e nas necessidades de cuidados paliativos por vezes não satisfeitas. Pois, embora tenha contactado com a criança e família com doença médica aguda, tais como bronquiolite, infeção do trato urinário e pneumonia, a sua maioria eram situações complexas dependentes de tecnologia e com diagnósticos médicos de DC, definida pela World Health Organization (2021) como uma doença de longa duração e de progressão geralmente lenta, causada por patologias irreversíveis. Todavia, a pediatria, devido ao aumento da taxa de sobrevivência de crianças com necessidades de saúde complexas anteriormente fatais, desenvolveu a classificação DCC, definida como qualquer situação médica com uma duração mínima prevista de 12 meses e que afete vários órgãos e/ou sistemas de forma suficientemente grave e concomitante, requerendo cuidados pediátricos especializados e possivelmente um período de internamento num centro médico terciário (GdT SEAMS, 2014). Deste modo, o foco da minha atuação foi a gestão da doença

e a adesão ao regime terapêutico, procurando o controlo dos sintomas e a minimização de complicações, assumindo o suporte no sentido da adaptação da criança e família à sua condição de saúde, a promoção de normalização e o apoio à inclusão social.

A incidência elevada da DCC, conduzindo a internamentos prolongados e com mortalidade não desprezível, fundamenta a importância dos CPP. Estes, são cuidados ativos e globais, iniciados no momento de diagnóstico e mantidos até ou para além da morte, prestados em qualquer contexto a todas as crianças que vivem com DCC limitante ou ameaçadora de vida e suas famílias, abrangendo elementos físicos, emocionais, sociais e espirituais, focados na melhoria da qualidade de vida das crianças e no suporte da sua família (GdT SEAMS, 2014; ICPCN, 2013; Lacerda et al., 2019). Os CPP, embora reconhecidos como um direito humano básico de todas as crianças e apesar dos rápidos e significativos progressos registados na última década em Portugal nomeadamente a nível hospitalar, são centrados nos cuidados em fim de vida e no modelo biomédico (GdT SEAMS, 2014), e notoriamente insuficientes, como percecionado em contexto de prática clínica e patente no Relatório de Outono 2019 do Observatório Português dos Cuidados Paliativos (OPCP, 2019). Porém, tive a oportunidade de desenvolver competências, conhecimentos e habilidades nesta área de atuação do EEESIP colaborando com a EIHCSP, a qual acompanha cerca de 60 crianças e respetivas famílias, a maioria das quais, cerca de 75,6%, portadoras de doença neurológica, das quais cerca de 1/3 apresenta como diagnóstico médico paralisia cerebral.

A colaboração com a EIHCSP permitiu-me compreender o seu funcionamento nomeadamente a sua articulação com as equipas dos CSP, cuidados de saúde hospitalares, cuidados continuados integrados, paliativos e outros, como autarquias, escolas, infantários ou qualquer instituição distinta frequentada pela criança. Todavia, as patologias com necessidades paliativas em pediatria agrupam-se consoante a sua trajetória evolutiva em quatro categorias possíveis, podendo incluir situações que se prolongam por décadas. Este fator associado às novas faculdades do cuidar, fruto do desenvolvimento científico e técnico, possibilitam a um maior número de jovens atingir a idade adulta com morbidades e necessidades complexas em saúde, justificando a necessidade de um planeamento atempado e adequado da transição para cuidados paliativos de adultos e da articulação concomitante entre a EIHCSP e a equipa dos cuidados paliativos de adultos (GdT SEAMS, 2014).

A EIHCSP, tal como preconizado pelo GdT SEAMS (2014) é multidisciplinar, sendo composta por dois EEESIP e dois EE em reabilitação, três médicos, uma psicóloga e uma técnica superior de serviço social. Desenvolve a sua atividade a nível intra e extra-hospitalar, assegurando a prestação de CPP ao longo das três fases de necessidades da criança e família,

sendo elas, a fase de diagnóstico ou reconhecimento da situação, de vivência com a DCC e de cuidados em fim de vida. A nível intra-hospitalar prestei cuidados à criança e família no serviço de pediatria médica, o qual tem reservadas 5 camas para satisfazer as suas necessidades de cuidados, visando estas na sua maioria, o controlo de sintomas, a capacitação ou descanso do cuidador, o ajuste terapêutico ou o fim de vida. Relativamente às atividades extra-hospitalares, participei também em algumas delas, em particular na realização de visitas domiciliárias programadas e na articulação com estruturas de saúde locais. Para além destas atividades a equipa realiza ainda consulta externa de cuidados paliativos, consulta externa de luto, presta serviço de consultoria a outros serviços da instituição, realiza formação a cuidadores formais e informais e assegura o apoio telefónico a famílias e profissionais 24 horas por dia, 7 dias por semana, 365 dias por ano.

De acordo com as recomendações do GdT pediátrico da European Association of Palliative Care (EAPC) publicadas em 2007 (GdT SEAMS, 2014), os CPP devem ser prestados onde a criança e família desejarem. Contudo, aferi ser o domicílio da família o local mais frequentemente escolhido por promover o conforto da criança, a adaptação da família à morte e ao mesmo tempo por diminuir a ansiedade dos profissionais. Todavia, e apesar desta preferência, pude compreender que a escolha familiar é influenciada por vários aspetos, nomeadamente a consciencialização da proximidade do momento da morte da criança; o tipo de comunicação estabelecida com os profissionais, a clareza e honestidade da mesma; a experiência e habilidade relacional dos profissionais de saúde e conseqüente nível de confiança nos mesmos; a capacidade e confiança sentida nos cuidados prestados por eles próprios à criança; a perceção sobre os cuidados necessários para controlo sintomático eficaz; o momento da tomada de decisão, uma vez que o grau de confiança na equipa, o nível de autonomia e de competência da família são diretamente proporcionais ao tempo em que o binómio é alvo dos cuidados, favorecendo assim a opção pelo domicílio; e a definição de “bons pais”, a qual integra valores pessoais, sentimentos e senso de dever no caso da criança ter expresso algum desejo no que se refere à sua morte (Papadatou et al., 2021; Roig & Rada, 2020). Deste modo, não existe uma escolha certa, mas uma escolha individual e particularizada a cada situação (Bluebond-Langner et al., 2013; Roig & Rada, 2020) premissa que pude confirmar em contexto da prática, pois, além do contexto hospitalar, prestei cuidados em contexto domiciliário e institucional, duas outras opções vislumbradas como locais de prestação de cuidados e/ou morte à criança e família.

Apesar dos CPP terem o foco central no domicílio, a hospitalização ocorre, sobretudo na fase inicial de diagnóstico, momento crítico em que a criança e família desenvolvem esforços

para se adaptarem à nova situação atendendo às exigências contínuas e às distintas fases da doença. Ao longo do meu percurso pude colaborar nesta primeira adaptação por parte de várias crianças e famílias, iniciando sempre o seu processo de preparação para a alta precocemente e por etapas, uma vez que reconheço como imprescindível a permanência da criança no seu ambiente natural para minimização do stress e otimização do seu crescimento e desenvolvimento. Colaborei ainda na transição dos cuidados hospitalares para cuidados domiciliários de um dos binómios, um processo que pressupõe uma atuação multidisciplinar e de complementaridade entre todas as equipas, inclusive com a própria criança e família. Assim, sempre em colaboração, tive a oportunidade de avaliar previamente os recursos existentes no domicílio da criança e família por meio de entrevista realizada à família e assegurar junto da mesma a concretização das alterações estruturais necessárias, identificar as necessidades de cuidados da criança no domicílio, providenciar todo o material e equipamento médico necessário à satisfação das mesmas e assegurar ainda a preparação do papel parental onde incluí a promoção de estratégias de coping de todos os membros da família, especialmente de irmãos e a satisfação das necessidades educacionais como estratégias de controlo de infeção, necessidades de ensino, instrução e treino, especialmente em situações de emergência e manipulação de dispositivos médicos. Colaborei ainda na referenciação da criança ao modelo organizativo e funcional do Serviço Nacional de Saúde, o qual nesta situação particular, face às suas necessidades de saúde foi a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), no contacto com a escola e no levantamento dos recursos de saúde locais existentes, informando posteriormente a família dos mesmos. Esta minha participação permitiu-me verificar que a data de alta hospitalar da criança foi conjuntamente planeada, assegurando a presença de todos e atestando o sucesso da transição, o qual pressupõe para além de uma ampla colaboração, uma eficaz comunicação e planeamento. O sucesso deste processo promoveu igualmente ao binómio acesso à (in)formação, acesso à escola por parte da criança, apoio aos irmãos, descanso do cuidador, assistência financeira, contacto com grupos de ajuda mútua e a concretização de sonhos e planos. Contudo, este tipo de cuidados acarreta uma maior responsabilização familiar, aumenta a pressão no seio da família alargada e promove o isolamento familiar e social, podendo, por conseguinte, influenciar a qualidade dos cuidados prestados, especialmente por exaustão do cuidador. Este aspeto, tal como testemunhado, pode ser difícil de assumir pela família, requerendo do EEESIP observações periódicas da criança, com possibilidade de aumentar a frequência das mesmas e o registo na história clínica de fatores de risco, proteção e agravamento identificados e evolução dos mesmos, podendo a EIHS CPP sugerir

a hospitalização da criança e/ou o apoio da rede de núcleos da Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco em situação limite (DGS, 2011).

No que se refere à necessidade de institucionalização da criança, uma realidade que também pude conhecer no decurso de visita domiciliária e alvo de reflexão crítica mais aprofundada em conjunto com a equipa, advém maioritariamente na presença de alterações no neuro desenvolvimento, nomeadamente paralisia cerebral. Porém, a necessidade de alargamento e qualificação da RNCCI, a qual conta apenas com uma Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos Pediátricos, o Kastelo – Associação Nomeiodonada, concebe uma elevada lista de espera e leva a que estas crianças por vezes se encontrem em locais onde a resposta às suas necessidades, estágio de desenvolvimento cognitivo e emocional não é tão específica, o que acomete ao EEESIP a necessidade de maior vigilância.

A criança com DCC e sua família exige um modelo de cuidados adaptado às suas necessidades, centrado na melhoria da qualidade de vida e não nos cuidados em fim de vida, pelo que, a formação e treino dos profissionais em CPP se assume como uma pedra basilar, uma vez que estes profissionais capacitados, asseguram cuidados de qualidade independentemente dos recursos e do contexto (Lacerda et al., 2019; OPCP, 2019). Este aspeto demonstra resumidamente, que a oportunidade que tive em acompanhar e colaborar com a EIHS CPP constituiu uma das atividades mais marcantes e enriquecedoras do meu percurso formativo.

Os cuidados à criança e família focam-se na vida, na felicidade, em fazê-la sonhar e ser criança independentemente da sua condição, exigindo-lhes capacidade (re)adaptativa à transição de um estado de saúde ou bem-estar para uma situação de doença aguda ou crónica, entendida como um processo que conduz à incorporação das mudanças no modo de viver, com reorientação e redefinição do seu modo de ser e de estar (Chick & Meleis, 1986). Portanto, num mundo em constante mudança e a aprender a lidar com estas modificações, as experiências da criança e família e as suas respostas às transições constituem o foco de atenção do EEESIP, motivo pelo qual assumi em todos os contextos de prática clínica a transição como conceito central na adaptação à doença, independentemente da sua complexidade e cronicidade. Sendo este um processo influenciado por várias condições, tais como significados, expectativas, níveis de conhecimento e habilidades, bem-estar emocional e físico e vivência subjetiva e aleatória das fases de adaptação, emergiram desafios intrínsecos à minha prática assistencial, porém ultrapassados com recurso à abordagem do EEESIP. Esta, prima por antecipar ou diagnosticar o processo de transição, avaliar e compreender a resposta humana à transição e garantir o suporte e o apoio necessário

facilitador de uma transição saudável através de uma individualizada, holística e intencional prestação de cuidados, assente nas condições facilitadoras e inibidoras tanto pessoais, como da comunidade e sociedade (Meleis, 2010; Potter & Perry, 2006).

Todavia, reconhecendo que a minha intervenção é mais evidente no período antecipatório, refiro uma experiência que se constituiu num particular e exigente desafio face aos conhecimentos científicos, capacidades relacionais, habilidades comunicacionais e sensibilidade requeridos no decurso da mesma, visando a transição de um jovem adolescente hospitalizado com diagnóstico médico de diabetes mellitus inaugural e sua família, a qual integrava três padrões distintos, saúde/ doença, situacional e desenvolvimental. Os cuidados prestados a este binómio, cujos objetivos da intervenção perante as necessidades identificadas eram aumentar o potencial de desenvolvimento do adolescente, otimizar a sua saúde, promover e ensinar o adolescente e família a diminuir o stress e a lidar com ele, promover na família uma atitude no sentido da autonomização crescente do adolescente para se sentir auto eficaz, centraram-se na partilha de informação e conhecimento relevante sobre o que esperar durante a mudança nomeadamente da sua rotina escolar, e na partilha de estratégias passíveis de utilizar durante esse período, tais como decidir previamente o que comer antecipando a administração de insulina, facilitando assim a sua experiência de transição. Estes cuidados consistiram na sua maioria em atividades de instrução, ensino e treino, todavia, face à individualidade do jovem e família, o meu cuidado por vezes limitou-se à minha presença junto dos mesmos, revestindo-se o toque e a promoção da expressão dos sentimentos de uma importância extrema (Meleis, 2010).

O meu percurso formativo permitiu-me concluir que o EESIP assume um papel determinante enquanto promotor de saúde e bem-estar da criança e família nestes períodos de transição resultantes de situações imprevistas e complexas, e o cuidado transicional a essência da sua resposta à valorização do binómio enquanto alvo dos seus cuidados (Ramos & Figueiredo, 2020).

Competências:

Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EESIP; Faz avaliação crítica/reflexão dos resultados obtidos; Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EESIP; Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara;
--

Objetivos Específicos:

- Desenvolver competências no cuidado especializado à criança e família, com foco na promoção da parceria de cuidados;
- Promover os processos de vinculação e da ligação mãe/pai e filho;
- Desenvolver competências no apoio à transição e ao desempenho da parentalidade;
- Desenvolver competências no cuidado especializado ao RN e família centrado no desenvolvimento;
- Capacitar a criança e família para o regresso a casa;
- Desenvolver competências relativas à promoção da adaptação da criança e família à doença e ao processo de hospitalização;

Atividades:

- Conhecer a criança e família, nomeadamente as suas necessidades, motivações, estágio de desenvolvimento e rede de apoio;
- Prestar cuidados centrados no modelo de parceria de cuidados de Anne Casey;
- Promover o aleitamento materno;
- Apoiar os pais na transição e no desempenho da parentalidade;
- Mobilizar conhecimentos sobre os cuidados centrados no desenvolvimento e o programa NIDCAP;
- Aplicar a filosofia NIDCAP na prestação de cuidados;
- Compreender e minimizar o impacto da doença e hospitalização na criança e família;
- Implementar estratégias de promoção e maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento da criança;

O EEESIP, de acordo com o Regulamento n.º 422/2018 (2018, p. 19192) de Competências Específicas do EEESIP, “*trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (...) para promover o mais elevado estado de saúde possível*” motivo pelo qual a (re)adaptação do binómio é igualmente suportada por modelos e filosofias de cuidados em Saúde Infantil e Pediatria, nomeadamente pelo Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, pelo conceito de Cuidados Centrados na Família (CCF) e pelo conceito de Cuidados Centrados no Desenvolvimento (CCD) em particular no NIDCAP.

O modelo concetual utilizado pelo EEESIP centra-se na criança e família e encara este binómio como beneficiário dos seus cuidados, premissa patente numa situação vivenciada no serviço de neonatologia. Nesta situação especial, e de acordo com o escopo de atuação

do EEESIP foi avaliado o RN e família cujo núcleo interno incluía outras crianças menores, e satisfeitas as necessidades do binómio. Para tal, negociámos com a família o período de acompanhamento e o tipo de cuidados por ela conferido ao RN hospitalizado, sendo estes assegurados pela mãe de segunda a sexta-feira possibilitando-lhe acompanhar as outras crianças nos restantes dias. Posteriormente, negociámos também o momento de transferência do RN para o hospital da área de residência, inicialmente agendado para uma sexta-feira mas protelado para segunda-feira, promovendo o seu acompanhamento contínuo pela mãe na outra instituição de saúde e assegurando igualmente o quotidiano da família, com respeito pela situação de saúde/doença e pela situação epidemiológica atual. Espelhando assim, que *“as intervenções de enfermagem são frequentemente otimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados”* (Conselho de Enfermagem, 2001, p. 11) e assim a veracidade da premissa anterior.

Sendo o período neonatal caracterizado pelo estabelecimento da vinculação e a literatura consensual relativamente à primordial importância da figura materna, bem como da relação e interação precoce mãe e bebé (Henrique, 2012) e, reconhecendo que nem todas as mães têm condições favoráveis à criação deste vínculo afetivo, a minha atuação visou promover essa relação emocional, profunda e duradoura, mãe/pai e filho, que liga uma pessoa a outra no tempo e espaço desde o período pré natal. Neste intuito foi possível integrar, o projeto MAE (M – motivar a relação afetiva mãe/ filho; A – articular o trabalho entre a neonatologia e a medicina materno fetal; E – estimular os pais a cuidar do RN) em curso na instituição e dirigido a todas as grávidas internadas que apresentassem ameaça de parto prematuro ou gravidez de termo, mas que por patologia associada constituísse a possibilidade de internamento no serviço de neonatologia. A minha atuação objetivou minimizar a ansiedade, o medo, o sentimento de culpa e criar expectativas positivas, promovendo a aproximação subtil do bebé imaginário ao bebé real, e consistiu na apresentação de outros RN, da equipa, da estrutura física do serviço e das suas normas de funcionamento, com recurso a fotografias, vídeos e/ ou através da realização de uma visita quando desejável e possível face à condição de saúde da grávida. Durante o período neonatal, e reconhecendo em concordância com David (como citado em Henrique, 2012, p. 10) que *“a primeira procura e contacto são feitos pela boca e pelo contacto físico proporcionados pela amamentação, pelo colo e pelo toque”* incentivei o aleitamento materno se desejo da mãe, assegurando em conjunto com a assistência no puerpério o início da sua estimulação e extração regular de leite após o parto e capacitando igualmente a mãe para a correta técnica de amamentação. Incentivei ainda a presença e contacto da mãe e pai com o RN, incitando o contacto pele-a-pele, o colo e a

participação nos cuidados de higiene ou outros pertinentes. Estas atividades permitiram-me observar e identificar o choro e o sorriso, inicialmente como ato reflexo e depois como uma intencional forma de comunicação. Estes comportamentos de vinculação do bebé nem sempre são fáceis de observar, porque em mais de metade dos RN hospitalizados no serviço de neonatologia foi identificado o compromisso no desenvolvimento devido à separação dos pais, ao excesso de estímulos e simultaneamente à frequente experiência de procedimentos técnicos invasivos e dolorosos, uma estimulação sensorial, que, por ser fora da fase em que deveria ser apresentada, interfere com o seu desenvolvimento neuro fisiológico, neuro psicológico, psicoemocional e psicossocial (Santos, 2011). Contudo, um outro desígnio da ação do EEESIP consiste em diagnosticar e intervir em situações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança e família (Regulamento n.º 422/2018, 2018), justificando assim o facto da minha atuação ter assentado igualmente no conceito de CCD, sobretudo no NIDCAP. Um programa que envolve os conceitos de RN, família e ambiente, a interação entre eles, previne a sobrecarga de estímulos sensoriais e dolorosos, garante a presença e prestação de cuidados pelos pais e confere o sentimento de segurança (Acevedo et al., 2017; Santos, 2011), e sobre o qual a equipa de enfermagem se encontrava a fazer formação para futura implementação no serviço, embora alguns dos princípios base se encontrassem já refletidos no planeamento de cuidados.

Deste modo, visando a minha prestação de cuidados um desenvolvimento suave e equilibrado do RN, comecei por observar os seus sistemas, reconhecendo que no RN de termo funcionam de forma harmoniosa, permitindo uma estável interação com o ambiente, contrariamente ao RNPT, o qual responde com desorganização dos sistemas não estimulados. Perspetivando a organização do RN, refletida na harmonia de funcionamento entre os sistemas fisiológicos e comportamentais e consequente interação estável com o ambiente, a minha abordagem foi comportamental individualizada, baseada na informação oferecida pelo RN, permitindo fortalecer e realçar as suas forças e competências e suportando-o em situações de vulnerabilidade, prevenindo ou diminuindo sinais de desconforto ou dor. Assim, embora as atividades de suporte para controlo de intensidade da luz e níveis de ruído, como tapar a incubadora e adotar um tom de voz baixo; para apoio postural, com recurso a suportes e/ou sistemas de contenção; para assegurar o livre acesso dos pais e o contacto pele-a-pele, tenham feito, entre outras, parte integrante do meu cuidado ao RN e família, o foco dependeu do relacionamento estabelecido com ele, que me permitiu interpretar e compreender o seu comportamento (Acevedo et al., 2017; NIDCAP Federation International, 2022; Santos, 2011). Este conceito de cuidado confere um papel ativo ao RN

e família, pois tornei-me vetor de transmissão de conhecimento e de capacitação da família na compreensão da linguagem comportamental do RN e na tomada de decisão, atuando como facilitador de um desenvolvimento adequado e de um processo de vinculação seguro. Por outro lado, este processo de aquisição de competências e confiança por parte dos pais, conduz progressivamente à construção da sua própria parentalidade, a qual implica *“Tomar conta: assumir as responsabilidades de ser mãe/pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados.”* (International Council of Nurses, 2018, p. 94) e constitui um dos focos da minha atenção por representar um dos maiores desafios enfrentados pelos seres humanos, dada a responsabilidade que acarreta, as mudanças que envolve e a adaptação implícita no seio familiar (OE, 2015). Deste modo, e perante a situação de transição que se encontravam a vivenciar, apoiei os pais promovendo a sua adaptação à parentalidade. Para tal, fiz uso da proximidade e da relação terapêutica que mantinha com os mesmos, assumi uma atitude de apoio e encorajamento, respeitando a sua individualidade, nomeadamente no que se refere a fatores influenciadores deste processo, tais como as suas idades, a qualidade da relação parental, a experiência prévia com cuidados a crianças, o seu envolvimento no cuidado, o sistema de suporte e recursos existentes, a quantidade de stress experimentado por um ou por ambos e as características individuais da criança, como o temperamento e as necessidades especiais (Hockenberry & Wilson, 2014), levando-os a perceber que são os melhores cuidadores do filho.

Nos outros contextos de prática clínica face à alteração das necessidades da criança, resultantes do processo saúde/ doença que se encontrava a vivenciar, o papel parental transforma-se, requerendo uma adaptação que pressupõe a aprendizagem de novos conhecimentos e habilidades. Para facilitar este processo, a minha atuação considerou igualmente o conceito de CCF, assentando numa relação de proximidade e confiança, na comunicação e (in)formação conferida promotora da capacitação e empoderamento e no planeamento e processo de decisão conjunto visando a autonomia parental, respeitando, contudo, as particularidades de cada criança e família. Premissa evidente em atividades, tais como a negociação da prestação dos cuidados e a capacitação do binómio para administração de terapêutica, nas quais se promove o papel ativo da família na prestação de cuidados. Comprovando-se desta forma que o conceito de CCF assenta no princípio de que a família e o enfermeiro são parceiros na prestação de cuidados à criança, e atestando igualmente que a

família necessita de ser recetora dos cuidados antes de se constituir parceira dos mesmos, dependendo os benefícios da sua presença, e a participação da sua adaptação à situação.

As atividades desenvolvidas para operacionalizar esta filosofia de cuidados assente no Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey consistiram em reconhecer a individualidade e unicidade da criança e família, identificar as suas necessidades de cuidados e em planear intervenções com base no processo de negociação assente na compreensão das suas capacidades, limitações e vontades em cada momento do processo. Este processo implicou reavaliar a capacidade do binómio no envolvimento dos cuidados, e a negociação da sua responsabilidade, sempre que necessário, respeitando e valorizando a sua experiência no cuidado, promovendo e mantendo o seu nível de confiança, autoestima e conhecimento por meio de atitudes como apoiar, ensinar, instruir, treinar e esclarecer.

Esta parceria foi evidente em todos os contextos, porém realço as transições para o domicílio de crianças com DCC e suas famílias, em que inicialmente me assumi como prestadora de cuidados, mas que gradual e progressivamente me tornei colaboradora e na fase que antecedeu o momento de alta apenas supervisionei os cuidados prestados pela família, comprovando a convicção de Casey (1993) de que este processo de negociação minimiza progressivamente a participação e envolvimento do enfermeiro nos cuidados, mantendo, contudo a sua responsabilidade pela execução dos mesmos, e permite à família adquirir competências para assegurar a sua qualidade e a continuidade no domicílio de forma mais segura e eficaz (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Para além disso, esta partilha implícita na parceria de cuidados atenuou o sentimento de culpa, incapacidade e impotência da família, e a sua presença e participação minimizou o carácter agressivo da hospitalização para a criança, conferindo-lhe maior estabilidade emocional (Ramos & Figueiredo, 2020).

No entanto, o processo de doença e hospitalização infantil, apesar de desafiador é uma experiência pessoal da criança e família, relacionada com o desenvolvimento da criança, gravidade da situação, experiências anteriores e processo individual de adaptação. Motivo pelo qual, apesar de traumatizante para a sua maioria, pode ser proveitosa, constituindo uma oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento no que se refere à gestão emocional e capacidade de enfrentamento de situações (Gomes et al., 2013). Este sucesso da resposta da criança e família à hospitalização está em consonância com o conceito de *transição* suportado pela Teoria de Meleis e com o conceito *adaptação* espelhado no regulamento de competências específicas do EEESIP (Regulamento n.º 422/2018, 2018) ou seja, dependente do cuidado de enfermagem. Deste modo, no decurso da minha prestação de cuidados após a identificação dos medos, dificuldades, sentimentos e necessidades da criança e família,

realizei várias atividades visando a prevenção ou minimização da ansiedade de separação, da perda de controlo, do medo da lesão corporal e da dor da criança e a promoção da readaptação de ambos. Especificando-as, no que se refere à criança, realizei atividades comunicacionais, tais como as anteriormente citadas comprovativas do aprofundar competências comunicacionais, atividades lúdicas e de relaxamento como ouvir música, dançar, cantar, brincar, jogar videojogos, ler, pintar, desenhar e incentivar a participação na decoração do serviço alusiva à época festiva. No que se refere a atividades promotoras da esperança e suporte emocional saliento o pedido de colaboração da psicóloga, perante a manifestação de interesse por parte da criança e o incentivo à presença e acompanhamento por familiares. O desenvolvimento de mecanismos de coping foi igualmente assegurado com recurso às relações sociais da criança, incentivando o contacto e diálogo com outras crianças e famílias hospitalizadas, profissionais e grupos de apoio, promovendo oportunidades educacionais, partilhando conhecimentos quando questionada e solicitando a colaboração da professora ou educadora de infância. Todavia, o processo de hospitalização da criança influencia o habitual funcionamento da família, motivo pelo qual desenvolvi identicamente atividades direcionadas à família no sentido de desenvolver um sistema de suporte à mesma que apoiasse no seu funcionamento, na adaptação à realidade atual, e quando necessário, na reestruturação da fase seguinte. Como exemplo, destaco as estratégias educacionais, nomeadamente sobre capacidades parentais e conhecimentos no cuidado à criança, as estratégias de gestão e autocuidado emocional, como o incentivo à prática de técnicas de relaxamento ou distração, através da realização de exercícios respiratórios ou leitura de um livro e as estratégias conferentes de apoio social e estrutural, passando estas pelo incentivo do contacto com a sua rede social, composta pela família e amigos, bem como pelas pessoas com as quais convive durante o período de hospitalização da criança, pela identificação e solicitação dos recursos de apoio disponíveis e necessários como psicóloga, assistente social e instituições de saúde da comunidade, de forma a satisfazer algumas das suas necessidades dentro e fora do contexto hospitalar (Barros et al., 2021; De Moraes et al., 2018; Depianti et al., 2018).

No entanto, o sofrimento e angústia da criança e família gerados pelo processo de hospitalização, podem tal como reconheci no serviço de pediatria médica, e segundo Depianti et al. (2018), ser potenciados quando a criança necessita de ficar em unidades de isolamento, privada de liberdade e da possibilidade de interagir com as pessoas externas ao hospital e mesmo com as demais crianças e famílias hospitalizadas, limitada ao contacto com o familiar acompanhante e profissionais de saúde, os quais, à semelhança das mudanças

ambientais modificam a sua aparência, apresentando-se à criança de forma “estranha”. Perante esta situação, informei e expliquei à criança, em idade pré-escolar, o motivo de isolamento, e incentivei o manuseamento do equipamento de proteção individual utilizado, minimizando as suas fantasias e medos. Geri e agrupei os cuidados, permanecendo durante mais tempo no quarto, e com recurso à criatividade, desenvolvi diferentes atividades lúdicas nomeadamente brincar, um dos recursos mais valiosos para a enfermagem, que não podemos nunca privar a criança de realizar, independentemente do contexto e situação em que se insere. Nesta situação particular, o brincar, para além de melhorar a relação estabelecida, permitiu à criança expor os seus sentimentos, ajudou-a a compreender as situações e os procedimentos a realizar, favoreceu a sua tranquilidade, potenciou a aceitação do tratamento, conferiu-lhe segurança e igualmente um papel ativo e uma oportunidade de controlo. Demonstrei igualmente disponibilidade em substituir o familiar, ficando a acompanhar a criança por períodos, promovendo a satisfação das suas necessidades de autocuidado e minimizando o seu receio em deixá-la sozinha (Depianti et al., 2018).

Para além das atividades supracitadas, relato ainda a escolha e personalização do quarto ou unidade da criança, a disponibilidade continuamente demonstrada, o acolhimento personalizado e individualizado da criança e família, o respeito pelos seus gostos e preferências nomeadamente alimentares, e o respeito pelas rotinas quotidianas como horário dos cuidados de higiene, rotinas pré-sono e crenças. No serviço de neonatologia destaco ainda a elaboração e colocação de cartões personalizados na unidade do RN no momento de acolhimento, bem como de outros alusivos a datas e momentos significativos, tais como a realização do 1º banho e a mudança para berço. Realço ainda, a entrega de um Louvor no momento da alta, consistindo este num impresso cartonado, elogiando a coragem e valentia dos pais.

Competências:

Desenvolve competências de entrevista clínica, observação e diagnóstico da situação de saúde/doença na área de especialidade;

Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;

Planeia e executa intervenções terapêuticas em grupo, em função dos diagnósticos de enfermagem levantados;

Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EESIP;

Objetivos Específicos:

- Desenvolver competências no cuidado especializado à criança e família, segundo a metodologia do processo de enfermagem;
- Adquirir conhecimentos e habilidades sobre os sistemas de informação em uso;

Atividades:

- Prestar cuidados especializados à criança e família, segundo a metodologia do processo de enfermagem;
- Elaborar planos de cuidados de enfermagem;
- Documentar os cuidados prestados no sistema de informação em uso;

O PE é um instrumento metodológico científico que representa a forma ordenada e sistemática do agir do enfermeiro, efetivada através da aplicação planeada e personalizada dos fundamentos teóricos da disciplina considerando os dados colhidos, os diagnósticos elaborados, as intervenções planeadas, bem como os resultados e a evolução dos mesmos. A sua elaboração foi sempre no momento de admissão da criança e família, contudo, sendo as suas fases interdependentes e complementares, assume-se como contínuo e dinâmico, motivando a sua constante reformulação de acordo com as necessidades identificadas aquando da avaliação dos resultados obtidos, possibilitando-me uma prestação de cuidados individualizada e centrada na criança e família com base num processo holístico em que *fazer com, estar com e ser com* foram atitudes preponderantes (Watson, 2002).

A colheita de informação, apesar de constituir a primeira fase do PE, foi assim ininterrupta no decurso de toda a minha prestação de cuidados à criança e família, permitindo obter informações essenciais para proceder à contínua atualização do plano de cuidados. O crescendo de informação produzida e documentada, a par da importância dos registos resultantes do exercício profissional do enfermeiro tem vindo a constituir um desafio no desenvolvimento de tecnologias de informação pela relevância que assume sistematicamente ao nível do processo de tomada de decisão de enfermagem, da partilha de informação, da garantia de continuidade e qualidade dos cuidados ou de forma pontual ao nível do domínio da gestão, formação e investigação (Paese et al., 2018). Assim, e apesar de bem visível a importância da documentação, existem estudos onde se verifica haver ainda omissões nos registos de enfermagem (Pimpão et al., 2010). Por este motivo, e em concordância com Paese et al. (2018), considero que o Sistema Nacional de Informação de Saúde, nomeadamente o Sistema de Informação de Enfermagem, melhorou o desempenho dos

profissionais de enfermagem, a comunicação, a segurança e a qualidade dos cuidados. Para tal, combinou a tecnologia de informação em saúde com o PE informatizado, embasados nos modelos conceituais de Enfermagem e em Sistemas de Classificação, nomeadamente na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). Assim, estruturou e organizou a informação do PE de modo adaptado às diferentes realidades dos contextos de prestação de cuidados *“permitindo a documentação da prática de enfermagem, tendo em vista as diferentes finalidades dos registos dos processos de prestação de cuidados e (...) o desenvolvimento, a descrição e o acompanhamento dos cuidados de enfermagem em todos os contextos da sua prática.”* (Ordem dos Enfermeiros, 2007b, p. 2).

O acesso contínuo à informação clínica da criança e família, a sua utilização e partilha por profissionais de saúde de diversas áreas e a sistematização da mesma, permitiu uniformizar as práticas e a informação recolhida a nível nacional. Possibilitou ainda ao enfermeiro uma prestação de cuidados mais eficaz e eficiente, como pude testemunhar no SUP e no serviço de pediatria médica, os quais dispunham do sistema de informação evolutivo SClínico® Sistema de Cuidados de Saúde Hospitalares, que permitia a visualização do plano de cuidados por parte de todos os intervenientes. Contrariamente, no serviço de neonatologia, o qual se encontrava a aguardar a implementação de um outro sistema parametrizado e ajustado às necessidades e especificidades do contexto, considerei a temporária realização dos registos em suporte de papel, um aspeto desvantajoso com influência ao nível da prestação de cuidados, pelo tempo acrescido que exige ao enfermeiro.

Este tipo de tecnologia apresenta-se assim como um importante contributo para a prática de enfermagem, possibilitando a tomada de decisão baseada no conhecimento científico, no conhecimento empírico e na experiência, promovendo o exercício profissional de excelência (Silva, 2006).

5. CONCLUSÃO

O percurso formativo descrito neste relatório assumiu-se como um compromisso para com a profissão e para com as pessoas de quem cuido. Assim, terminada mais uma etapa do meu desenvolvimento pessoal e profissional, impõe-se a avaliação final das aprendizagens e competências desenvolvidas, bem como o processo de autoconhecimento e reflexão pessoal. A riqueza dos contextos e a qualidade formativa dos Tutores conferiram-me uma grande diversidade de experiências e motivaram importantes aprendizagens, que permitiram aperfeiçoar competências essenciais para o exercício de uma enfermagem avançada sob uma visão renovada. Embora todos os contextos de prática clínica se tenham revelado de extrema adequação e catalisadores de um processo de desenvolvimento de competências especializadas em todos os domínios de atuação, específico em seguida algumas delas.

O contexto de SUP apesar de se ter constituído um enorme desafio à minha prestação de cuidados, possibilitou, facilitado pelo meu empenho e adaptabilidade, a asserção de competências relevantes no domínio da gestão, nomeadamente capacidade de planeamento, organização, análise crítica, tomada de decisão e liderança, e assim responder às demandas decorrentes da prática.

O meu percurso formativo em contexto do serviço de neonatologia, intensificado pelos conhecimentos e habilidades adquiridas ao longo do meu percurso profissional, conferiu-me um maior domínio da prática, possibilitando uma maior capacidade de previsão, compreensão intuitiva do problema e gestão de situações complexas. Por outro lado, a passagem pelo serviço de pediatria médica permitiu-me lidar com novas e complexas situações, confronto este que estimulou a pesquisa bibliográfica, a partilha e discussão reflexiva com os Tutores e restante equipa de enfermagem e norteou ainda a realização de uma revisão integrativa de literatura, possibilitando aprofundar conhecimento, o qual, orientou o pensamento e julgamento crítico, os processos de tomada de decisão e a definição de estratégias e intervenções no contexto assistencial dos cuidados. Esta experiência, possibilitou ainda aprimorar competências no domínio da formação, muito devido à realização de uma sessão de formação dirigida ao grupo de pares.

Todas as competências adquiridas ao longo deste percurso formativo contribuíram de modo igualmente importante para a mudança de atitudes e comportamentos. No entanto, constituindo o cuidado a essência de enfermagem e encontrando-se este relacionado com a competência técnica, mas dependente da relação interpessoal estabelecida com base nas habilidades comunicacionais, assumo a comunicação um componente essencial para o cuidado humanizado.

Como aspetos facilitadores deste percurso destaco as características e contributo do professor orientador, bem como dos EEESIP Tutores, o contacto e contributo de todos os outros profissionais das equipas multidisciplinares, a dinâmica funcional e estrutura organizacional dos contextos de prática clínica, e as características da população pediátrica, pela qual se compreende a criança e família. O curto período de tempo em cada contexto foi encarado como um aspeto dificultador, contudo, considero tê-lo superado com a colaboração de todos e também devido às minhas características pessoais, nomeadamente a motivação. Refletindo em jeito de conclusão final sobre o caminho percorrido e nos aspetos relatados, considero que o cumprimento dos objetivos e a aquisição de competências nos quatro domínios de atuação do enfermeiro, que vão de encontro às exigidas no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e às definidas pela OE, me permitem desempenhar um exercício profissional autónomo, competente, responsável, assegurando uma *“prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias”*(Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19192).

Este caminho é infindo, pois a prática de uma enfermagem avançada constitui um objetivo contínuo ao longo de todo o meu percurso profissional, o qual pretendo igualmente transmitir e incutir aos meus pares, uma vez que este percurso me conferiu um olhar crítico sobre a prática de cuidados, sustentado no conhecimento aprofundado e nas competências adquiridas. Permitindo-me assim, diagnosticar necessidades pessoais, dos pares, do serviço ou da equipa multidisciplinar, as quais pretendo satisfazer, de forma conjunta com a restante equipa, com recurso à discussão ou através da realização de sessões de formação dinamizadas no próprio serviço, como forma de estimular a partilha e reflexão conjunta, possibilitando a melhoria da qualidade dos cuidados e consequentemente, o bem-estar e conforto da criança e família.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acevedo, D. H., Becerra, J. I. R., & Martínez, Á. L. (2017). La filosofía de los cuidados centrados en el desarrollo del recién nacido prematuro (NIDCAP): una revisión de la literatura. *Enfermería Global*, 16(4). <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.4.263721>
- Administração Central do Sistema de Saúde & Ministério da Saúde. (2011). *Manual de Normas de Enfermagem, Procedimentos Técnicos* <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2018/01/Manual-de-Normas-de-Enfermagem-Procedimentos-T%C3%A9cnicos.pdf>
- Almeida, A. C. C. (2018). *Colheita de urina não invasiva em crianças: Revisão sistemática da literatura* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu Escola Superior de Saúde de Viseu]. Repositório do Instituto Politécnico de Viseu. https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/4942/1/AndreiaCatarinaCoelhoAlmeida_DM.pdf
- American Psychological Association. (2020). *Publication Manual of the American Psychological Association, Seventh Edition (2020)*. <https://apastyle.apa.org/products/publication-manual-7th-edition>
- APPIA. (2014). *Suicídio e tentativa de suicídio em crianças e adolescentes* (Associação Portuguesa de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Ed.) http://appia.com.pt/pdf/3.9_Suicidio.pdf
- Aredes, N. D. A., Santos, R. C. d. A., & Fonseca, L. M. M. (2017). Cuidados com a pele do recém-nascido prematuro: revisão integrativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 19. <https://doi.org/10.5216/ree.v19.43331>
- Barbosa, A., & Neto, I. G. (2010). *Manual de Cuidados Paliativos* (2 ed.). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Barros, I., Lourenço, M., Nunes, E., & Charepe, Z. (2021). Intervenções de Enfermagem Promotoras da Adaptação da Criança/Jovem/Família à Hospitalização: uma Scoping Review. *Enfermería Global*, 20(1), 539-596. <https://doi.org/10.6018/eglobal.413211>
- Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria: Compreender para mudar* (Lidel, Ed.).

- Bernardino, E., Segui, M. L., Lemos, M. B., & Peres, A. M. (2010, May-Jun). [Liaison nurse: a strategy of network integration]. *Rev Bras Enferm*, 63(3), 459-463. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672010000300018> (Enfermeira de ligação: uma estratégia de integração em rede.)
- Biasibetti, C., Hoffmann, L. M., Rodrigues, F. A., Wegner, W., & Rocha, P. K. (2019). Comunicação para a segurança do paciente em internações pediátricas. *Rev Gaucha Enferm*, 40(spe), e20180337. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180337>
- Bluebond-Langner, M., Beecham, E., Candy, B., Langner, R., & Jones, L. (2013). Preferred place of death for children and young people with life-limiting and life-threatening conditions: a systematic review of the literature and recommendations for future inquiry and policy. *Palliat Med*, 27(8), 705-713. <https://doi.org/10.1177/0269216313483186>
- Canadian Association of Emergency Physicians. (2013). *Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS)* http://ctas-phctas.ca/wp-content/uploads/2018/05/participant_manual_v2.5b_november_2013_0.pdf
- Casey, A. (1993). Development and Use of Partnership Model of Nursing Care. In *Advances in Child Health Nursing* (pp. 1-193). Scutari Press.
- Chiavenato, I. (2021). *Introdução à Teoria Geral da Administração* (E. Atlas, Ed. 5 ed.).
- Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). *Transitions: a nursing concern*. Aspen Publications.
- Colégio da Especialidade de ESIP. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica* https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf
- Conselho de Enfermagem. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem, Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos* (O. d. Enfermeiros, Ed.). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- De Moraes, R. d. C. M., De Souza, T. V., Oliveira, I. C. D. S., & Moraes, J. R. M. M. d. (2018). A estrutura da rede social da mãe/acompanhante da criança hospitalizada. *Cogitare Enfermagem*, 23(1). <https://doi.org/10.5380/ce.v23i1.50456>
- Decreto-Lei n.º 71/2019, Diário da República. I série. n.º 101/2019. 2626 - 2642 (2019). <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/71/2019/05/27/p/dre/pt/html>

- Depianti, J. R. B., Melo, L. d. L., & Ribeiro, C. A. (2018). Playing to continue being a child and freeing itself from the confinement of the hospitalization under precaution. *Escola Anna Nery*, 22(2). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0313>
- Despacho n.º 10319/2014, Diário da República. II série. n.º 153/2014. 20673-20678 (2014). <https://files.dre.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>
- DGS. (2007). CRIANÇAS e JOVENS em RISCO – Projecto de Intervenção nos Serviços de Saúde. <https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/doc-projecto-de-intervencao-nos-servicos-de-saude-2007-pdf.aspx>
- DGS. (2008). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde, Manual de Operacionalização. https://anes.pt/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-Operacionalizac%CC%A7a%CC%83o-do-PNCI_2008.pdf
- Despacho n.º 69/ 2009, Direção-Geral da Saúde, (2009). <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/documentos/despacho-n-692009-pdf.aspx>
- DGS. (2010a). Orientação técnica n.º 014/2010. Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. 1-10. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142010-de-14122010-pdf.aspx>
- DGS. (2010b). *Programa nacional de prevenção de acidentes 2010-2016* (Direção-Geral da Saúde, Ed.) <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/04/Programa-Nacional-Prevencao-Acidentes-2010-2016.pdf>.
- DGS. (2011). *Maus tratos em crianças e jovens - Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção, Ação para jovens em risco* <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/maus-tratos-em-criancas-e-jovens-guia-pratico-de-abordagem-diagnostico-e-intervencao-pdf.aspx>
- DGS. (2012a). Norma n.º 029/2012. Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI). <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/04/i019467.pdf>
- DGS. (2012b). Norma n.º 035/2012. Abordagem da Intoxicação Alcoólica Aguda em Adolescentes e Jovens. <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/10/i023820.pdf>
- DGS. (2012c). Orientação técnica n.º 022/2012. Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). 1-11. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0222012-de-18122012-png.aspx>

- DGS. (2012d). Orientação técnica n.º 023/2012. Orientações técnicas sobre o controlo da dor nas crianças com doença oncológica. 1-12. https://www.aped-dor.org/images/documentos/avaliacao_dor_crianças/Orientacoes_tecnicas_sobre_o_controlo_da_dor_nas_crianças_com_doença_oncológica.pdf
- DGS. (2012e). Orientação técnica n.º 024/2012. Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias). 1-11. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0242012-de-18122012-png.aspx>
- DGS. (2014). *Programa Nacional de Acreditação em Saúde, Manual de Acreditação de Unidades de Saúde MS 1.02 - Gestão Clínica* (2 ed.). Departamento da Qualidade na Saúde, Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/documentos/manual-de-acreditacao-pdf-pdf2.aspx>
- DGS. (2016). *Manual de Standards unidades de urgência e emergência. Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde*. Departamento da Qualidade na Saúde, Direção-Geral da Saúde. https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/manual_de_standards_servicos-de-urgencia-e-emergencia_me-26-1_01_print.aspx
- DGS. (2017). Orientação técnica nº 016/2017 de Febre na Criança e no Adolescente-Cuidados e Registos de Enfermagem: Avaliação Inicial, Diagnósticos, Intervenções. 1-12. <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/10/i023924.pdf>
- DGS. (2018). *Norma n.º 014/2018. Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica* <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0142018-de-03082018-pdf.aspx>
- DGS. (2020a). *Certificação em Saúde*. <http://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/reconhecimento-da-qualidade/acreditacao-em-saude.aspx>
- DGS. (2020b). *Indicadores de Qualidade*. <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/monitorizacao/indicadores-de-qualidade1.aspx>
- Feitosa, A. R. S., Fontinele, L. F., Santiago, A. K. C., Oliveira, L. A. M., & Costa, G. S. (2018). Cuidados De Enfermagem Na Prevenção De Lesões De Pele Em Recém-Nascidos Prematuros: Revisão Integrativa. *Brazilian Journal of Surgery & Clinical Research*, 22(1), 100-106. https://www.mastereditora.com.br/periodico/20180303_175311.pdf
- Fortin, M. F. (1996). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Lusociência.

- Frederico, M., & Leitão, M. A. (1999). *Princípios de Administração para Enfermeiros* (1 ed.). Formasau.
- Freitas, C. G. M. A. P. (2018). *Gestão em enfermagem: o perfil de competências* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/25785/1/TESE%20Carla%20Freitas%20Final.pdf>
- GdT SEAMS. (2014). *Cuidados Paliativos Pediátricos- Relatório do Grupo de Trabalho do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde* https://www.spp.pt/UserFiles/file/Comissoes_SPP/RelatOrio%20do%20GdT%20de%20CPP.pdf
- Gomes, G. C., Nicola, G. D. O., Souza, N. Z. d., Chagas, M. C. D. S., Farias, D. F. R., & Xavier, D. M. (2013). Percepções Da Família Acerca Das Dificuldades De Adaptação Da Criança À Hospitalização: Subsídios Para a Enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, 18(4). <https://doi.org/10.5380/ce.v18i4.34935>
- Gualda, D. M., & Hoga, L. A. (1992, Mar). Estudo sobre teoria transcultural de Leininger. *Rev Esc Enferm USP*, 26(1), 75-85. <https://doi.org/10.1590/0080-6234199202600100075>
- Guedes, B. L. d. S., Ferreira, M. M. B., Mascarenhas, M. L. V. d. C., Ferreira, A. L. C., Costa, L. C., & Lúcio, I. M. L. (2019). Continuous positive pressure on aircraft in neonates: care provided by the nursing team. *Escola Anna Nery*, 23(2). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0122>
- Henrique, S. F. D. O. (2012). *Estudo da relação de vinculação mãe-bebé em mães reclusas e mães não reclusas* [Dissertação de Mestrado, ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida]. Repositório do Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida. <https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/3852/1/10510.pdf>
- Himmelstein, B. P., Hilden, J. M., Boldt, A. M., & Weissman, D. (2004). Pediatric palliative care. *N Engl J Med*, 350(17), 1752-1762. <https://doi.org/10.1056/NEJMra030334>
- Hockenberry, J. M., & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9 ed.). Lusociência.
- ICPCN. (2013). *Fact sheet* (International Children's Palliative Care Network, Ed.) <https://www.icpcn.org/wp-content/uploads/2013/07/ICPCN-Fact-Sheet.pdf>

- Instituto de Apoio à Criança. (1988). *Carta da Criança Hospitalizada*. https://criancasatortoeadireitos.files.wordpress.com/2020/05/carta_crianca_hospitalizada.pdf
- International Council of Nurses. (2018). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Português. 1-139. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese_translation.pdf
- Joint Commission International. (2022). *Hospital Accreditation*. <https://www.jointcommissioninternational.org/accreditation/accreditation-programs/hospital/>
- Kaufman, J., Tosif, S., Fitzpatrick, P., Hopper, S. M., Bryant, P. A., Donath, S. M., & Bahl, F. E. (2017, Jan). Quick-Wee: a novel non-invasive urine collection method. *Emerg Med J*, 34(1), 63-64. <https://doi.org/10.1136/emmermed-2016-206000>
- Lacerda, A. F., Oliveira, G., Cancelinha, C., & Lopes, S. (2019). Utilizacao do Internamento Hospitalar em Portugal Continental por Crianças com Doenças Crônicas Complexas (2011 - 2015). *Acta Med Port*, 32(7-8), 488-498. <https://doi.org/10.20344/amp.10437>
- Lambert, V., Long, T., & Kelleher, D. (2012). *Communication Skills for Children's Nurses* (McGraw-Hill Ed.) https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=ny1FBgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR7&dq=Communication+skills+for+children%C2%B4s+Nurses&ots=ABktEs9HrN&sig=zjb1eK2t5UiiM378TkaGz3gL4As&redir_esc=y#v=onepage&q=Communication%20skills%20for%20children%C2%B4s%20Nurses&f=false
- Lee, N. J. (2011, May). An evaluation of CPD learning and impact upon positive practice change. *Nurse Educ Today*, 31(4), 390-395. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.07.012>
- Lei n.º 156/2015 Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais, Diário da República. II série. n.º 181/2015 8059 - 8105 (2015).
- Leprohon, J. (2002). A qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 5.
- Lucas, R. F., & Smith, R. L. (2015, Apr). When is it safe to initiate breastfeeding for preterm infants? *Adv Neonatal Care*, 15(2), 134-141. <https://doi.org/10.1097/ANC.000000000000167>

- Magalhães, F. J., Lima, F. E. T., Verganista, I. F., Vaghetti, H. H., Oliveira, N., Felipe, G. F., Veras, J., & Ximenes, L. B. (2016). *Sistema De Triagem Numa Unidade de Urgência Pediátrica Portuguesa: Experiência Em Mobilidade-Acadêmica Internacional Brasil-Portugal* Investigação Qualitativa em Ciências Sociais. Atas CIAIQ (3). <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/998/974>
- Maziero, V. G., & Spiri, W. C. (2013). Significado do processo de acredita o hospitalar para enfermeiros de um hospital público estadual. *Revista Eletr nica de Enfermagem*, 15(1). <https://doi.org/10.5216/ree.v15i1.14757>
- McFetridge, B., Gillespie, M., Goode, D., & Melby, V. (2007, Nov-Dec). An exploration of the handover process of critically ill patients between nursing staff from the emergency department and the intensive care unit. *Nurs Crit Care*, 12(6), 261-269. <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2007.00244.x>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company, LLC. https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory_middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf
- Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2018). Parecer n.  14/2018 Aloca o do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na sala de reanima o – posto de trabalho nos serviços de urgência / emergência. 3. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8287/parecer-n%C2%BA-14_2018_rectificado.pdf
- Mlambo, M., Silen, C., & McGrath, C. (2021, Apr 14). Lifelong learning and nurses' continuing professional development, a metasynthesis of the literature. *BMC Nurs*, 20(1), 62. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00579-2>
- Neto, F., Franca, A. P., & Cruz, S. (2016). OC24 - An algorithm proposal to oral feeding in premature infants. *Nurs Child Young People*, 28(4), 72. <https://doi.org/10.7748/ncyp.28.4.72.s55>
- NIDCAP Federation International. (2022). *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*. <https://nidcap.org/professionals/supports-for-nursery-change/nidcap/>
- OE. (2015). *Guia Orientador de Boa Prática – Adapta o   parentalidade durante a hospitaliza o* (Ordem dos Enfermeiros, Ed.) https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadedpositiva_vf.pdf
- Oliveira, A., Pedro, A., Fernandes, A., Melancia, C., Abadesso, C., Lanzas, D., Santos, E., Marote, L., & Amorim, R. (2018). *Desenhos da Minha Dor* (1 ed.)

https://www.aped-dor.org/images/diversos/documentos/desenhos_da_minha_dor_fev_2018.pdf

Oliveira, K. S. (2019). *Inteligência Emocional dos Enfermeiros: contributos da supervisão clínica* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde do Porto]. Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/28831/1/Tese_KARINE_mar%C3%A7o%20FORMATADA%20FINAL%20.pdf

OPCP. (2019). Cobertura e Caracterização das Equipas e Profissionais das Equipas de Cuidados Paliativos. In Observatório Português de Cuidados Paliativos (Ed.), *Relatório de Outono 2019* <https://ics.lisboa.ucp.pt/asset/4181/file>

Ordem dos Enfermeiros. (2006). Investigação em Enfermagem Tomada de Posição. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2007a). Resumo mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RMDE-Indicadores-VFOut2007.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2007b). Sistemas de Informação de Enfermagem (SIE) – Princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnico – funcionais. 1-8. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2009). Modelo de Desenvolvimento Profissional. 1. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2011/Newsletter_estudante_versao_final_rectificadaII.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - VOLUME III*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CadernosOE_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEESIP_Vol_III.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança - Caderno OE; Série I; Número 3* https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicasccontroloedorcrianca.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2014). Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. 38. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8332/pontoquatro_norma_de_dotacoesseg

uras_dos_cuidados_de_enfermagem_ag_30_05_2014_aprovado_por_maioria_prot
eg.pdf

- Paese, F., Sasso, G., & Colla, G. W. (2018, May). Structuring methodology of the Computerized Nursing Process in Emergency Care Units. *Rev Bras Enferm*, 71(3), 1079-1084. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0619>
- Palazzi, D. L., Lorin, M., Turner, T. L., Ward, M., & Cabrera, A. G. (2015). Communicating with pediatric patients and their families: the Texas Children's Hospital guide for physicians, nurses and other healthcare professionals. *Communicating with pediatric patients and their families: the Texas Children's Hospital guide for physicians, nurses and other healthcare professionals*. Houston, TX: Texas Children's Hospital. <https://www.bcm.edu/sites/default/files/2015/13/pcg-v21.pdf>
- Papadatou, D., Kalliani, V., Karakosta, E., Liakopoulou, P., & Bluebond-Langner, M. (2021, Jan). Home or hospital as the place of end-of-life care and death: A grounded theory study of parents' decision-making. *Palliat Med*, 35(1), 219-230. <https://doi.org/10.1177/0269216320967547>
- Parreira, P. (2005). *Organizações*. Formasau.
- Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Reflective practice among nursing students in clinical teaching. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(11), 121-132. <https://doi.org/10.12707/riv16030>
- Pereira, M. A. G. (2008). *Comunicação de Más Notícias e Gestão do Luto* (Formasau, Ed.).
- Petronilho, F. A. S. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação* (Lusociência, Ed.).
- Pimpão, F. D., Filho, W. D. L., Vaghetti, H. H., & Lunardi, V. L. (2010). Percepção da equipe de enfermagem sobre seus registros: Buscando a sistematização da assistência de enfermagem. *Revista Enfermagem*, 18(3), 405-410. <http://repositorio.furg.br/handle/1/1570>
- Pinto, C. A. M., Rodrigues, J. A. M. S., Rodrigues, R. B., Moreira, M. A. D., & Melo, L. T. (2006). *Fundamentos de Gestão* (E. Presença, Ed. 1 ed.).
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2006). *Fundamentos de Enfermagem - Conceitos e Procedimentos* (5 ed.). Lusociência.

- PPCIRA. (2017). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos 2017* (Direção-Geral da Saúde, Ed.)
- Prazeres, V. M. P. (2020). *Processo de Tomada de Decisão em Enfermagem de Reabilitação nas Unidades de Cuidados Intensivos: Perspetiva do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior Saúde Santa Maria]. Repositório da Escola Superior Saúde Santa Maria. <https://repositorio.santamariasaude.pt/bitstream/123456789/100/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Virg%C3%ADnia%20Prazeres.pdf>
- Ramos, A. L., & Figueiredo, M. C. B. (2020). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem*. Lidel.
- Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Diário da República. II série. n.º26/2019. 4744 - 4750 (2019). <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 366/2018 Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica, Diário da República. II série. n.º113/2018 16656 - 16663 (2018). <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/366-2018-115504842>
- Regulamento n.º 422/2018. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Diário da República. II série. n.º 133/2018. 19192-19194 (2018). <https://files.dre.pt/2s/2018/07/133000000/1919219194.pdf>
- Roig, S. C., & Rada, C. G. (2020). Factores relacionados con el lugar de fallecimiento en cuidados paliativos pediátricos. *ENE Revista de enfermería*, 14(3), 1-16. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_isoref&pid=S1988-348X2020000300010&lng=es
- Sale, D. (1998). *Garantia da Qualidade nos cuidados de saúde para os profissionais da equipa de saúde*. Principia, Publicações Universitárias e Científicas.
- Santos, A. O. (2011). NIDCAP®: Uma filosofia de cuidados... *NASCER E CRESCER revista do hospital de crianças maria pia*, XX. <https://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/705/1/v20n1a06.pdf>
- SEF/GEPF. (2021). *Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo 2020* (Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, Ed.) <https://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa2020.pdf>
- Seixo, J. M. (2009). *Gestão administrativa dos recursos humanos*. Lidel.

- Silva, A. (2006). *Sistemas de informação em enfermagem: uma teoria explicativa da mudança*. Formasau.
- Silva, D. M., & Batoca, E. M. V. (2003). O conhecimento científico e a enfermagem. *Millenium - Journal of Education Technologies and Health*, 27. <https://www.researchgate.net/publication/277180657>
- Silva, M. A. d., & Galvão, C. M. (2007, Mar). Aplicação da liderança situacional na enfermagem de centro cirurgico. *Rev Esc Enferm USP*, 41(1), 104-112. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342007000100014>
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2014). Consenso clínico – Cuidados cutâneos ao Recém-Nascido. https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2014-Pele_RN.pdf
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2016). Consenso Clínico - Ventilação Não Invasiva. <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2014-VNI.pdf>
- Sousa, L., Pereira, C., Lopes, A., Faisca, M., Fortuna, T., Príncipe, F., & Mota, L. (2020). Inteligência emocional do enfermeiro na abordagem ao doente crítico: estudo qualitativo. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 3(2), 39-48. <https://doi.org/10.37914/riis.v3i2.97>
- Varandas, M. d. L., & Lopes, A. (2012). Formação profissional contínua e qualidade dos cuidados de enfermagem: a necessidade de uma mudança de paradigma educativo. *Revista Lusófona de Educação*, 22(22). <https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/3286>
- Vilelas, J. M. d. S., & Janeiro, S. I. D. (2012). Transculturalidade: o enfermeiro com competência cultural. *REME – Rev. Min. Enferm*, 16(1), 120-127. <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/509>
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar uma Teoria de Enfermagem*. Lusociência.
- WHO. (2021). *Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimates* (World Health Organization, Ed.) <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>
- World Health Organization. (2021). *Noncommunicable diseases*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

APÊNDICES

APÊNDICE I – Sessão de formação ao grupo de pares



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE
INFANTIL E PEDIÁTRICA

UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO FINAL E RELATÓRIO

Planeamento da sessão de formação ao Grupo de Pares:

Salinização para manutenção da permeabilidade de cateteres venosos centrais, em crianças.

Trabalho elaborado por: Andreia Costa

Docente Orientadora: Prof.ª Doutora Isabel Quelhas

Porto, novembro de 2021

SIGLAS E ABREVIATURAS

CMEESIP – Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

CVC – Cateter Venoso Central

DGS – Direção Geral da Saúde

EEICS – Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

INCS – Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea

OE – Ordem dos Enfermeiros

PICC – Cateter Central de Inserção Periférica

UC – Unidade Curricular

UCP – Universidade Católica Portuguesa

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	88
2. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	89
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	89
4. OBJETIVOS.....	95
4.1. Objetivos gerais	95
4.2. Objetivos específicos	95
5. METODOLOGIA/ SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS	95
6. RECURSOS	95
7. PLANO DA SESSÃO	96
8. AVALIAÇÃO	97
9. CONCLUSÃO.....	97
10. BIBLIOGRAFIA	98
APÊNDICES	104
Apêndice I – Questionário de avaliação da sessão de formação	105
Apêndice II – Diapositivos apresentados na sessão de formação.....	107
Apêndice III – Resultados de avaliação da sessão de formação.....	111

1. INTRODUÇÃO

No âmbito do XIV Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (CMEESIP), realizado na Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde (EEICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP), no contexto da Unidade Curricular (UC) Estágio Final e Relatório, a decorrer no contexto de pediatria médica, identifiquei a temática da manutenção da permeabilidade do cateter venoso central (CVC) inserido em crianças como uma oportunidade de atualização formativa da equipa de enfermagem. Após identificação do diagnóstico inicial, segue-se a planificação e posterior realização da sessão, a qual será sujeita a apreciação por parte dos participantes.

Deste modo, ao realizar este planeamento pretendo:

- Desenvolver competências no planeamento de sessão de formação;
- Sistematizar os elementos que integram o planeamento da sessão de formação
- Constituir um instrumento de avaliação para a UC;

A sessão de formação ao grupo de pares, intitulada “Salinização para manutenção da permeabilidade de cateteres venosos centrais, em crianças” fundamentar-se-á na revisão de literatura realizada, a qual permitiu atualizar e aprofundar o conhecimento com base no mais recente e fidedigno conhecimento científico.

Com a realização desta sessão de formação viso atingir os seguintes objetivos pessoais:

- Suprimir uma necessidade formativa do serviço;
- Desenvolver competências de realização de sessões de formação;

No que se refere à estrutura, o presente trabalho encontra-se dividido em oito capítulos, sendo eles, o diagnóstico de situação, a fundamentação teórica, definição de objetivos, metodologia/ seleção de estratégias, recursos, plano e avaliação da sessão de formação.

2. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

A solução de bloqueio mais apropriada para manutenção da permeabilidade de cateteres venosos centrais em crianças ainda não é consensual, gerando algumas divergências em contexto da prática clínica.

Deste modo, e após percepção desta mesma situação entre os pares, foi refletido em conjunto com a enfermeira Tutora e questionado informalmente os elementos da equipa sobre o seu mais atual conhecimento quanto à solução e procedimento técnico a utilizar na manutenção da permeabilidade do CVC.

Reuni também com a enfermeira gestora do serviço, aferindo junto da mesma a adequação e pertinência do tema para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados pela equipa.

Analisando as respostas, verifiquei que os elementos da equipa conhecem genericamente as novas evidências, contudo, identifiquei algumas incertezas quanto a alguns aspetos. Por conseguinte, justifico a relevância e pertinência da sessão de formação de pares sobre esta temática.

Realço, contudo, que esta revisão de literatura exclui os cateteres centrais para realização de técnica dialítica e aférese pela sua inexistência no serviço e igualmente pelas suas especificidades em termos de cuidados de manutenção.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O CVC de acordo com a Direção Geral da Saúde (DGS) e a American Society of Anesthesiologist é definido como um cateter inserido através de uma veia periférica ou uma veia central proximal e cuja ponta que se encontra no interior da veia cava superior, da aurícula direita ou veia cava inferior (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2021).

O desenvolvimento técnico e científico das últimas décadas permite a utilização do CVC em neonatologia e pediatria como garantia de um acesso venoso seguro de longa duração, com técnicas menos invasivas e mais simples.

Atualmente existe uma panóplia de cateteres centrais selecionados com base na finalidade do mesmo, no tipo de terapêutica que será administrada, previsão do tempo de tratamento, frequência da sua utilização, necessidade de transfusão de hemoderivados, características

individuais da criança, tais como a rede venosa periférica, sua capacidade de colaboração nos cuidados ao cateter, o peso, a alteração da imagem corporal e também na experiência do profissional que o insere (Araújo et al., 2017; Zerati et al., 2016).

A utilização do CVC tem diversos objetivos podendo ser, para administração de terapêutica, de produtos sanguíneos e nutrição parentérica, para monitorização hemodinâmica, para a realização de colheitas sanguíneas bem como para a realização de técnicas dialíticas e aférese.

Os CVC encontram-se agrupados em quatro categorias, cateter central de inserção periférica (PICC), cateter tunelizado (tipo Hickman™), cateter implantável (tipo Implantofix® e Port-PICC) e cateter não tunelizado (tipo Certofix®), correspondendo as três primeiras categorias a cateteres de longa duração e a última a cateteres de curta duração que podem permanecer de 2 a 3 semanas (Zhong et al., 2017; Cristina et al., 2021).

Contudo, apesar de considerado um acesso privilegiado apresenta risco de complicações nomeadamente, o risco de extravasamento de fármacos, o risco de infeção ou sépsis, o risco de formação de trombos e de oclusão, podendo nestas situações haver um atraso ou interrupção do tratamento com consequente aumento do período de hospitalização, do custo da mesma, da morbimortalidade ou mesmo uma influência do desfecho (Silva et al., 2009).

Como profilaxia destas complicações surgem os cuidados de manutenção e segurança ao CVC, de qualidade e criteriosos, requerendo do enfermeiro a adoção de uma prática baseada no conhecimento mais atual, conceptualizada como uma tomada de decisão clínica tendo em conta a melhor evidência científica disponível, o contexto clínico em que os cuidados são prestados, as preferências da criança e o julgamento clínico dos próprios profissionais de saúde (Jordan et al., 2019).

Especificando, e de acordo com Giordano et al. (2015), uma das complicações mais frequentes destes dispositivos é a oclusão que ocorre em até 25% dos CVC em geral e em 14% a 36% nos primeiros 2 anos após a sua inserção nos CVC de longo prazo.

O grau de oclusão divide-se em parcial, quando não é possível aspirar o sangue, mas é possível infundir através do lúmen e completo, quando não é possível aspirar nem infundir através do CVC (Baskin et al., 2009).

Relativamente à etiologia a oclusão pode ser de três tipos, mecânica, relacionada com medicamentos ou nutrição parentérica e trombótica. As oclusões podem ser de causa mecânica

se o lúmen do CVC se encontra dobrado, a sutura demasiado apertada, a pinça de encerramento fechada inadvertidamente, a agulha do CVC totalmente implantado obstruída, deslocação ou posicionamento incorreto do cateter podendo a ponta do cateter estar encostada ao vaso, passando a resolução deste tipo de oclusão pela correção da causa possível, como o reposicionamento do doente e a troca de agulha. Quando relacionada com a medicação ou nutrição parentérica a oclusão pode ocorrer de forma aguda, bloqueando de imediato a totalidade do fluxo ou de forma gradual, onde o fluxo através do cateter se torna progressivamente mais lento. Este tipo de oclusão resulta de concentrações de fármacos inadequadas, de misturas incompatíveis entre eles ou das suas alterações de pH com conseqüente precipitação do mesmo no lúmen do CVC (Baskin et al., 2009), passando a sua resolução pela revisão dos medicamentos administrados e identificação de eventual incompatibilidade entre eles.

A terceira etiologia possível para a oclusão é a trombótica, presente quando se forma uma bainha de fibrina em redor da ponta do cateter, um coágulo sanguíneo intraluminal, um trombo mural ou trombose venosa. A bainha de fibrina é comum no CVC de longa duração não afetando inicialmente a sua função, mas podendo causar uma oclusão parcial ao criar uma “válvula” unidirecional na ponta do mesmo pois, a pressão negativa gerada ao tentar aspirar o sangue cria sucção e puxa a bainha de fibrina sobre a ponta do CVC, ocluindo o lúmen e impedindo a aspiração de sangue. Este tipo de oclusão é resolvido quando a pressão negativa é aliviada (por exemplo, durante a infusão ou a lavagem do cateter) permitindo a passagem de fluídos para o CVC e, embora não cause habitualmente quaisquer tipos de manifestações clínicas, constitui um pequeno risco de embolização do material de fibrina.

A formação de coágulos intraluminais, outra etiologia possível para oclusão trombótica, é responsável pela oclusão de 5% a 25% da totalidade dos CVC. O trombo mural, definido como um coágulo de sangue aderente à parede do vaso, pode ocluir a ponta do cateter, mas não a totalidade da veia onde se encontra inserido contrariamente à trombose venosa profunda que oclui a totalidade da veia.

A oclusão do lúmen é uma preocupação transversal com todos os tipos de CVC pois, representa um dos efeitos adversos mais frequentes condutores à falha do mesmo. Deste modo, e embora as diretrizes e conseqüente prática para prevenção de complicações associadas ao CVC, nomeadamente a profilaxia de oclusões, variem muito em todo o mundo, estas constituem a sua única estratégia preventiva (Bradford et al., 2020).

Um dos aspetos que maior discussão gera prende-se com a frequência, solução e técnica utilizada na lavagem e bloqueio do CVC.

Relativamente à solução, a utilização de anticoagulante, nomeadamente de heparina sódica para esta profilaxia data de 1970, embora com pouca evidência científica e com uma variedade imensa de protocolos (Pittiruti et al., 2016) pois, além do seu custo acrescido, a heparina tem uma semivida curta, entre 60 e 90 minutos e abarca alguns riscos nomeadamente reações alérgicas e hemorragia por trombocitopenia, para além de que, existem fármacos incompatíveis com a heparina (Gabriel, 2020; Baram et al., 2014). A eficácia e utilização da heparina na prevenção de oclusão tem gerado por estes motivos grandes debates e discrepâncias em contexto da prática (Cristina et al., 2021), até porque não sendo um fármaco trombolítico não causa a lise do coágulo, apenas previne a formação de novos coágulos.

Por outro lado, Pittiruti (2016) relaciona o risco de oclusão com a inadequada lavagem do lúmen ou incorreto encerramento do mesmo que possibilita o refluxo de sangue para o seu interior, justificando deste modo a investigação que tem vindo a ser realizada desde 1990, equacionando a possibilidade de utilizar o cloreto de sódio 0,9% em substituição da heparina sódica como solução de bloqueio do CVC.

A evidência científica atual considera a *lavagem*, definida como a injeção manual de cloreto de sódio 0,9% para limpar o cateter após perfusão de fármacos e o *bloqueio*, injeção de um determinado volume de solução após a lavagem durante o período de tempo em que este não está a ser utilizado, como fundamentais na prevenção da oclusão do CVC pois, embora não interfiram na oclusão de etiologia mecânica, estão fortemente associados à prevenção de oclusão intraluminal e conseqüente risco de infeção.

A *lavagem* assegura a permeabilidade do CVC e reduz a sua colonização bacteriana ao impedir a formação de coágulos, a precipitação de fármacos e a deposição de fibrina ou outros depósitos na parede do cateter, assumindo um papel determinante na prevenção do mau funcionamento do CVC. Deste modo, o atualmente recomendado é a verificação da permeabilidade do cateter antes de qualquer infusão, aspirando sangue e infundindo cloreto de sódio 0,9% com a técnica pulsátil, “*push - pause*” e, após a infusão do fármaco, da realização de colheita de sangue ou do refluxo accidental de sangue no interior do lúmen preconiza-se a *lavagem* com recurso à mesma técnica sobretudo quando administrados lípidos, fármacos vesicantes ou soluções de contraste de forma a impedir a precipitação por incompatibilidade dos mesmos. Em caso de

incompatibilidade dos fármacos com o cloreto de sódio 0,9% é preconizado a lavagem inicial com glucose 5% e posteriormente com cloreto de sódio 0,9%.

Na técnica de lavagem é recomendado a utilização de uma seringa de volume não inferior a 10ml para que a pressão exercida não seja tão elevada e o risco de lesão do lúmen menor (Martinez et al., 2018; Martinez et al., 2019; Pittiruti et al., 2016).

O fluxo de injeção deve ser dinâmico através da técnica de lavagem pulsátil “*push - pause*”, respeitando o intervalo de tempo de pausa de 0,4 segundos entre os bólus de 2,5ml e assegurando o não refluxo de sangue no interior da seringa com a exteriorização do êmbolo ao deixar sempre 1ml de solução no interior da seringa, e realizando a técnica de pressão positiva, através da clampagem, manual ou com utilização do clamp de encerramento, da via do CVC previamente à remoção da seringa colocando em seguida o conector de pressão neutra (DGS, 2015; Martinez et al., 2018; Pittiruti et al., 2016; Smith et al., 2017)

Esta técnica de lavagem, pulsátil, “*push - pause*” é recomendada por gerar turbulência dentro do lúmen do cateter evitando a aderência do sangue a parede interna do cateter (Cellini et al., 2020).

Relativamente ao volume da solução de lavagem, este deve ser igual ou superior a 10ml, devendo ser superior, 20ml, nas situações anteriormente referidas, realização de colheitas sanguíneas, administração de soluções lipídicas, hemoderivados, nutrições parentéricas e soluções de contraste. Por outro lado, no caso dos neonatos, o volume da solução de lavagem preconizado como ótimo é inferior, estando compreendido entre 1,5ml e 2,5ml, considerando como volume mínimo o dobro do *priming* do lúmen (Goossens, 2015).

No que se refere à manutenção periódica do acesso vascular central, a qual é de consenso internacional (Commission, 2012; Pittiruti et al., 2016; Smith et al., 2017) não existe evidência científica consistente para determinar o tempo máximo, porém, demonstra que em cateteres de longo prazo está preconizado 2 semanas nos tunelizados, 4 semanas nos totalmente implantados e 3 a 7 dias nos cateteres de inserção periférica, sendo recomendado que os períodos não ultrapassem as 4 semanas (Commission, 2012; Pittiruti et al., 2016; Smith et al., 2017). Contudo, a oclusão intraluminal do cateter é associada à eficácia do *flush* e não à sua frequência (Pittiruti, 2016; Smith et al., 2017).

Sempre que o período se estende para além do preconizado, pela não necessidade de utilização do acesso vascular, deve ser avaliada a necessidade de manutenção versus possibilidade de remoção do mesmo (Pittiruti et al., 2016).

O *bloqueio* visa a prevenção da interrupção da função do cateter mantendo a sua permeabilidade quando não está em uso, sendo a solução ideal aquela que evita a formação de coágulos, a adesão de microrganismos e a formação de biofilme. No entanto, e preferencialmente, a lavagem e o bloqueio são realizados concomitantemente com a utilização de uma única seringa (Gorski et al., 2021).

O bloqueio é efetivado com a aplicação de conectores de pressão neutra, os quais evitam o fluxo retrogrado do sangue na ponta do cateter. Deste modo, a injeção da solução, a realização de bloqueio com pressão positiva e recurso aos conectores, elimina a necessidade de utilizar a heparina sódica (Cristina et al., 2021), não havendo qualquer diferença na oclusão do cateter ou na formação de coágulos ao lavar o cateter com solução contendo heparina duas vezes por dia, versus solução salina uma vez por semana (Smith et al., 1991), ficando a permeabilidade dos cateteres totalmente assegurada (Goossens, 2015).

O atual conhecimento demonstra assim que, a manutenção de permeabilidade de um CVC inserido em crianças depende de uma eficaz lavagem do dispositivo *flush*, do seu encerramento adequado, *lock*, usando um conector de pressão neutra para prevenir o refluxo sanguíneo no interior do cateter aquando da desconexão e do treino da equipa e não do tipo de solução utilizada (Pittiruti et al., 2016).

Assim, e embora o risco de viés varie de moderado a elevado em muitos dos estudos por serem estudos heterogêneos e inconsistentes entre si, a evidência atual apoia o uso de cloreto de sódio 0,9% para bloquear o CVC particularmente na população pediátrica, assegurando deste modo a sua permeabilidade (Lee & Johnston, 2005; Baram et al., 2014; Lyons & Phalen, 2014; Pittiruti et al., 2016; Ho & Spry, 2017; Cabrera et al., 2019; Cristina et al., 2021).

A utilização de heparina, quando recomendada, nomeadamente em situações de crianças imunodeprimidas, por profilaxia infecciosa e de acordo com o protocolo institucional, deve, contudo, ser sempre efetuada após salinização com um volume igual ou superior a 10ml (Pittiruti et al., 2016).

4. OBJETIVOS

Esta sessão de formação resultante de um dos objetivos definidos no início do estágio é essencial para a aquisição de competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP). Deste modo, com a realização desta atividade pretendo atingir os seguintes objetivos:

4.1. Objetivos gerais

- Sensibilizar para a incorporação da evidência mais atual sobre a heparinização do CVC na prática assistencial;
- Dotar os enfermeiros com o mais recente e fidedigno conhecimento científico acerca da solução de cloreto de sódio 0,9% como solução de bloqueio do CVC.

4.2. Objetivos específicos

Que a equipa de enfermagem:

- Conheça os diferentes tipos de CVC;
- Identifique as principais complicações do CVC;
- Descreva o mecanismo de oclusão do CVC;
- Enumere os riscos da heparinização na manutenção da permeabilidade do CVC;
- Realize um estudo estruturado, seguido de eventual atualização do protocolo instituído no serviço;
- Frequentar um evento científico sobre a gestão de acessos vasculares.

5. METODOLOGIA/ SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

A sessão de formação terá por base o método expositivo, exibindo a apresentação utilizando o programa *Microsoft PowerPoint*® (Apêndice II) e será igualmente transmitida pela modalidade de ensino eletrónico através do software de teleconferência *Zoom*®.

6. RECURSOS

Os recursos necessários para a realização da sessão de formação são:

- Recursos Humanos: estudante do CMEESIP, do Instituto de Ciências da Saúde da UCP do Porto, sob orientação da Enf.^a Tutora EESIP e da Prof.^a Doutora Isabel Quelhas;
- Recursos Físicos: Sala de reuniões do serviço de pediatria médica;
- Recursos Materiais: Computador com acesso à internet e ao software *zoom*®.

7. PLANO DA SESSÃO

Tema:	Salinização para manutenção da permeabilidade de cateteres venosos centrais, em crianças.		
Destinatários:	Enfermeiros do serviço de pediatria médica	Formador:	Andreia Costa (Aluna do MEESIP) sob orientação do Enf.ro Tutor EESIP
Data e hora:	16 de dezembro 14h	Local:	Sala de reuniões do serviço; Via online

Objetivos da sessão
<p>Que a equipa de enfermagem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conheça os diferentes tipos de CVC; • Identifique as principais complicações do CVC; • Descreva o mecanismo de oclusão do CVC; • Enumere os riscos da heparinização na manutenção da permeabilidade do CVC; • Realize um estudo experimental, seguido de eventual atualização do protocolo instituído no serviço; • Frequente um evento científico sobre a gestão de acessos vasculares.

Fases e tempo previsto	Conteúdos	Métodos	Técnica pedagógica
Introdução (5min)	Apresentação pessoal; Enquadramento do tema; Apresentação dos objetivos e conteúdos da sessão.	Expositivo	Exposição
Desenvolvimento (20min)	Desenvolvimento de conteúdos.	Expositivo	Exposição
Conclusão (5min)	Síntese dos conteúdos abordados; Esclarecimento de dúvidas; Discussão.	Expositivo Interrogativo	Exposição Discussão orientada
	Avaliação do formato da sessão.	Interrogativo	Questionário de satisfação
	Conclusão e agradecimentos.	Expositivo	Exposição

8. AVALIAÇÃO

No processo formativo a etapa da avaliação possibilita aferir o sucesso da sessão. Deste modo, solicitarei aos participantes o preenchimento de um questionário, com recurso à plataforma *Google Forms*®, para aferir as suas opiniões relativamente à sessão, assegurando sempre a anonimidade dos mesmos (Apêndice I).

No final da sessão serão realizados o tratamento e a análise dos dados com posterior apresentação dos resultados sob a forma de relatório de avaliação.

9. CONCLUSÃO

Assumindo o enfermeiro um papel preponderante na vigilância da segurança do CVC e na avaliação da eficiência do seu funcionamento, é-lhe exigido cuidados de qualidade e criteriosos na manutenção do mesmo, tornando-se imprescindível a padronização e incorporação na sua prática de medidas educativas e formativas (OE, 2021), assentes na evidência científica mais atual.

Deste modo, a realização do planeamento da sessão de formação permitiu a sua detalhada organização tendo em conta a satisfação dos objetivos definidos, conferindo-me o papel de elemento facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho (OE, 2019).

10. BIBLIOGRAFIA

- Araújo, F. L., Manzo, B. F., Costa, A.C.L., Corrêa, A. R., Marcatto, J. O., Simão, D. A. S. (2017). Adesão ao bundle de inserção de cateter venoso central em unidades neonatais e pediátricas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [online]. v. 51. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017009603269>
- Baram, A., Majeed, G., Abdullah, H., & Subhi, A. (2014). Heparin versus Saline Solution for Locking of Totally Implantable Venous Access Port (TIVAP): Cohort Study of the First Kurdistan Series of TIVAP. *Advances in Lung Cancer*, 03(04), 67-74. <https://doi.org/10.4236/alc.2014.34010>
- Barclay, C. A., Vonderhaar, K. J., & Clark, E. A. (2012). The development of evidence-based care recommendations to improve the safe use of anticoagulants in children. *The journal of pediatric pharmacology and therapeutics : JPPT : the official journal of PPAG*, 17(2), 155–158. <https://doi.org/10.5863/1551-6776-17.2.155>
- Baskin, J. L., Pui, C.-H., Reiss, U., Wilimas, J. A., Metzger, M. L., Ribeiro, R. C., & Howard, S. C. (2009). Management of occlusion and thrombosis associated with long-term indwelling central venous catheters. *The Lancet*, 374(9684), 159-169. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(09\)60220-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(09)60220-8)
- Bierlaire, S., Danhaive, O., Carkeek, K., & Piersigilli, F. (2021). How to minimize central line-associated bloodstream infections in a neonatal intensive care unit: a quality improvement intervention based on a retrospective analysis and the adoption of an evidence-based bundle. *Eur J Pediatr*, 180(2), 449-460. <https://doi.org/10.1007/s00431-020-03844-9>
- Bradford, N. K., Edwards, R. M., & Chan, R. J. (2020). Normal saline (0.9% sodium chloride) versus heparin intermittent flushing for the prevention of occlusion in long-term central venous catheters in infants and children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(4).<https://doi.org/10.1002/14651858.CD010996.pub3>
- Cabrera, V. F., Sugimoto, J. C. d. P., Dini, A. P., Cornélio, M. E., & Lima, M. H. M. (2019). Manutenção da permeabilidade dos dispositivos de acesso venoso central em pacientes

- Cardoso, M. A. d. C. (2017). Utilização de Cateteres Venosos Centrais em Pediatria: Principais Complicações e Fatores de Risco [Universidade de Coimbra]. Repositório científico da Universidade de Coimbra. <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/82495>
- Cellini, M., Bergadano, A., Crocoli, A., Badino, C., Carraro, F., Sidro, L., Botta, D., Pancaldi, A., Rossetti, F., Pitta, F. & Cesaro, S. (2020, Nov 10). Guidelines of the Italian Association of Pediatric Hematology and Oncology for the management of the central venous access devices in pediatric patients with onco-hematological disease. *J Vasc Access*, 1129729820969309. <https://doi.org/10.1177/1129729820969309>
- Commission, T. J. (2012). Preventing Central Line–Associated Bloodstream Infections: A Global Challenge, a Global Perspective. Oak Brook, IL: Joint Commission Resources. https://www.jointcommission.org/-/media/deprecated-unorganized/imported-assets/tjc/systemfolders/topics-library/clabsi_monographpdf.pdf?db=web&hash=86103821F3C7FF8A7683C933EA0CB391
- Cristina S., Maria, G., Carine, L., Albertina, S., Inês, C., Susana, G., Susana, S., & Esmeralda, B. (2021). Recomendações de boas práticas – Acessos Vasculares Centrais: Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa https://www.aeop.pt/ficheiros/AVC.Doc.Final_.pdf
- de Neef, M., Heijboer, H., van Woensel, J. B., & de Haan, R. J. (2002). The efficacy of heparinization in prolonging patency of arterial and central venous catheters in children: a randomized double-blind trial. *Pediatr Hematol Oncol*, 19(8), 553-560. <https://doi.org/10.1080/08880010290097404>
- DGS. (2015). Norma N.º 022/2015 - “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222015-de-16122015-pdf1.aspx>
- Fuentes i Pumarola, C., Casademont Mercader, R., Colomer Plana, M., Cordón Bueno, C., Sabench Casellas, S., Félez Vidal, M., & Rodríguez Plazas, E. (2007). Estudio

- comparativo del mantenimiento de la permeabilidad de los catéteres venosos centrales de tres luces. *Enfermería Intensiva*, 18(1), 25-35. [https://doi.org/10.1016/s1130-2399\(07\)74386-9](https://doi.org/10.1016/s1130-2399(07)74386-9)
- Gabriel, J. A. (2020). Catheter lock solutions to prevent CVAD-related infection. *Br J Nurs*, 29(3), S25-S29. <https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.3.S25>
- Giordano, P., Saracco, P., Grassi, M., Luciani, M., Banov, L., Carraro, F., Crocoli, A., Cesaro, S., Zanazzo, G. A., Molinari, A. C., & Italian Association of Pediatric Hematology and Oncology (AIEOP) (2015). Recommendations for the use of long-term central venous catheter (CVC) in children with hemato-oncological disorders: management of CVC-related occlusion and CVC-related thrombosis. On behalf of the coagulation defects working group and the supportive therapy working group of the Italian Association of Pediatric Hematology and Oncology (AIEOP). *Annals of hematology*, 94(11), 1765–1776. <https://doi.org/10.1007/s00277-015-2481-1>
- Goossens, G. A. (2015). Flushing and Locking of Venous Catheters: Available Evidence and young Evidence Deficit. *Nurs Res Pract*, 2015, 985686. <https://doi.org/10.1155/2015/985686>
- Gorski, L. A., Hadaway, L., Hagle, M. E., Broadhurst, D., Clare, S., Kleidon, T., Meyer, B. M., Nickel, B., Rowley, S., Sharpe, E., & Alexander, M. (2021). Infusion Therapy Standards of Practice, 8th Edition. *Journal of Infusion Nursing*, 44(1S), S1-S224. <https://doi.org/10.1097/nan.0000000000000396>
- Ho, C. & Spry, C. (2017). Central Venous Access Devices (CVADs) and Peripherally Inserted Central Catheters (PICCs) for Adult and Pediatric Patients: A Review of Clinical Effectiveness and Safety. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470804/>
- Lee, O. K. E., & Johnston, L. (2005). A systematic review for effective management of central venous catheters and catheter sites in acute care paediatric patients. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 2(1), 4-13. <https://doi.org/10.1111/j.1524-475X.2005.04085.x>

- Klein, J., Jepsen, A., Patterson, A., Reich, R. R., & Mason, T. M. (2018). Heparin Versus Normal Saline: Flushing Effectiveness in Managing Central Venous Catheters in Patients Undergoing Blood and Marrow Transplantation. *Clin J Oncol Nurs*, 22(2), 199-202. <https://doi.org/10.1188/18.CJON.199-202>
- Luther, M. K., Mermel, L. A., & LaPlante, K. L. (2016). Comparison of telavancin and vancomycin lock solutions in eradication of biofilm-producing staphylococci and enterococci from central venous catheters. *Am J Health Syst Pharm*, 73(5), 315-321. <https://doi.org/10.2146/ajhp150029>
- Lyons, M. G., & Phalen, A. G. (2014). A randomized controlled comparison of flushing protocols in home care patients with peripherally inserted central catheters. *Journal of infusion nursing : the official publication of the Infusion Nurses Society*, 37(4), 270-281. <https://doi.org/10.1097/NAN.0000000000000050>
- Martinez, J. M., Neves, F., Sousa, J., Santiago, D., Rodrigues, D., Mendes, M., Ramada, D. & Azevedo, T. (2018). Improving a better nurse practice associated with the manipulation of CVC and needleless connectors. *Onco.News*, 37, 6-12. <https://doi.org/10.31877/on.2018.37.01>
- Martinez, J., M., Santo, A., E., Trigo, F., Ramada, D., Mariz, J., M. & Medeiros, R. (2019). Diagnosis of CLABSI from blood and needleless connector cultures in patients with acute leukemia: a prospective cohort study. *Cancer Stud Ther J*, 4(2), 1-6. <https://doi.org/10.31038/CST.2019425>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). Parecer do conselho de enfermagem N.º 92/2021 – Realização de ensinamentos a utentes, familiares e cuidadores no manuseamento de cateteres venosos e bombas elastométricas para a administração de fármacos. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/22258/parecer-n%C2%BA-92_ce_enquadramento-legal-sobre-realiza%C3%A7%C3%A3o-de-ensinos-a-utentes-familiares-cuidadores.pdf
- Pittiruti, M., Bertoglio, S., Scoppettuolo, G., Biffi, R., Lamperti, M., Dal Molin, A., Panocchia, N., Petrosillo, N., Venditti, M., Rigo, C., & DeLutio, E. (2016). Evidence-based criteria for the choice and the clinical use of the most appropriate lock solutions for central

- venous catheters (excluding dialysis catheters): a GAVeCeLT consensus. *J Vasc Access*, 17(6), 453-464. <https://doi.org/10.5301/jva.5000576>
- Rahhal, R., Abu-El-Haija, M. A., Fei, L., Ebach, D., Orkin, S., Kiscaden, E., & Cole, C. R. (2018). Systematic Review and Meta-Analysis of the Utilization of Ethanol Locks in Pediatric Patients With Intestinal Failure. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*, 42(4), 690-701. <https://doi.org/10.1177/0148607117722753>
- Regulamento. No 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019). Diário da República: II_Série, n. °26. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Rodrigues, J., Dias, A., Oliveira, G., & Farela Neves, J. (2016). Estratégia Multidimensional na Redução de Infecção Associada a Cateter Venoso Central em Pediatria [Multidimensional Strategy Regarding the Reduction of Central-Line Associated Infection in Pediatric Intensive Care]. *Acta medica portuguesa*, 29(6), 373–380. <https://doi.org/10.20344/amp.5558>
- Shah, P. S., & Shah, N. (2014). Heparin-bonded catheters for prolonging the patency of central venous catheters in children. *Cochrane Database Syst Rev*(2), CD005983. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005983.pub3>
- Silva, A. J. R., Oliveira, F. M. D. & Ramos, M. E. P. (2009). Infecção associada ao cateter venoso central - Revisão da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*. Série 2, nº 11, p. 125-134.
- Silva, S. R. D., Reichembach, M. T., Pontes, L., Souza, G., & Kusma, S. (2021). Heparin solution in the prevention of occlusions in Hickman(R) catheters a randomized clinical trial. *Rev Lat Am Enfermagem*, 29, e3385. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3310.3385>
- Smith, S. N., Moureau, N., Vaughn, V. M., Boldenow, T., Kaatz, S., Grant, P. J., Bernstein, S. J., Flanders, S. A., & Chopra, V. (2017). Patterns and predictors of peripherally inserted central catheter occlusion: The 3P-O Study. *Journal of Vascular and Interventional Radiology*, 28(5), 749-756. <https://doi.org/10.1016/j.jvir.2017.02.005>

- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2012). Cateteres vasculares no recém-nascido, Recomendações para prevenção de infecção relacionada com ou associada a cateteres vasculares centrais. https://spp.pt/UserFiles/file/Protocolos/Cateteres_Vasculares_Centraais_RN_Janeiro_2012.pdf
- Uslu, S., Ozdemir, H., Comert, S., Bolat, F., & Nuhoglu, A. (2010). The effect of low-dose heparin on maintaining peripherally inserted percutaneous central venous catheters in neonates. *J Perinatol*, 30(12), 794-799. <https://doi.org/10.1038/jp.2010.46>
- Wu, Y., Fraser, C., Gilbert, R., & Mok, Q. (2019). Effect of impregnated central venous catheters on thrombosis in paediatric intensive care: Post-hoc analyses of the CATCH trial. *PLoS One*, 14(3), e0214607. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214607>
- Zerati, A. E., Figueredo, T. R., De Moraes, R. D., Da Cruz, A. M., Da Motta-Leal Filho, J. M., Freire, M. P., Wolosker, N., & De Luccia, N. (2016). Risk factors for infectious and noninfectious complications of totally implantable venous catheters in cancer patients. *Journal of Vascular Surgery: Venous and Lymphatic Disorders*, 4(2), 200–205. <https://doi.org/10.1016/j.jvsv.2015.10.008>
- Zhong, L., Wang, H. L., Xu, B., Yuan, Y., Wang, X., Zhang, Y. Y., Ji, L., Pan, Z. M., & Hu, Z. S. (2017). Normal saline versus heparin for patency of central venous catheters in adult patients - a systematic review and meta-analysis. *Critical care (London, England)*, 21(1), 5. <https://doi.org/10.1186/s13054-016-1585-x>

APÊNDICES

Apêndice I – Questionário de avaliação da sessão de formação

Este questionário tem como objetivo a avaliação da sessão realizada. A sua análise produzirá melhorias em sessões futuras.

Por favor, classifique cada um dos itens apresentados quanto à sua Satisfação.

Conteúdo programático	Muito bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
Objetivos da sessão				
Pertinência e utilidade do tema				
Satisfação face às expectativas				

Organização da sessão	Muito bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
Meios audiovisuais				
Adequação da duração da sessão				

Formador	Muito bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
Domínio do tema				
Metodologia utilizada				
Linguagem utilizada				
Empenho				
Relacionamento com os participantes				

**Obrigada pela colaboração.
Bom trabalho!**

Apêndice II – Diapositivos apresentados na sessão de formação

CAPOLCA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO FINAL E RELATÓRIO

Salinização para manutenção da permeabilidade de cateteres venosos centrais, em crianças.

Elaborado por:
Andréia Costa | Aluna do CVC Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Est/ Tereza | Est/ Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Orientada | Profª Dra. Lucilene de Queiroz


Complicações do CVC

Mecânicas / químicas
Trombóticas
Infecciosas

- Aumento do período de hospitalização;
- Aumento das taxas de morbidade e mortalidade;
- Aumento dos custos associados à hospitalização;
- Influência no desfecho da hospitalização.


CAPOLCA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Salinização para manutenção da permeabilidade de cateteres venosos centrais (CVC) em crianças



Complicações do CVC (Cont.)

Oclusão do lúmen



25% nos CVC em geral;

14% a 36% nos CVC de longo prazo;

Manipulação e manutenção inadequada do CVC.

(Gardano et al., 2015; Bradford et al., 2000)

Sumário

- Objetivos;
- Tipologia de CVC;
- Complicações do CVC;
- Reflexão sobre a utilização de heparina na manutenção da permeabilidade do CVC;
- Partilha do mais recente e fidedigno conhecimento científico:
 - Técnica de push - pause;
 - Técnica de pressão positiva;
 - Treino da equipa;
- Curiosidades;
- Desafios;
- Bibliografia.

Complicações do CVC (Cont.)

Oclusão do lúmen - causa mecânica

- Deslocação do cateter;
- Dobra no lúmen do CVC;
- Sutura apertada;
- Pinça fechada.


Complicações do CVC (Cont.)

Oclusão do lúmen - causa mecânica

- Deslocação do cateter;
- Dobra no lúmen do CVC;
- Sutura apertada;
- Pinça fechada.

Complicações do CVC (Cont.)

Oclusão do lúmen - causa química



- Precipitação do fármaco;
- Acumulação de resíduos.

Objetivos Gerais

- Sensibilizar para a prática da heparinização do CVC;
- Dotar os enfermeiros com o mais recente e fidedigno conhecimento científico acerca da solução de cloreto de sódio 0,9% como solução de bloqueio do CVC.

Objetivos Específicos

Que a equipa de enfermagem:

- Conheça os diferentes tipos de CVC
- Identifique as principais complicações do CVC
- Descreva o mecanismo de oclusão do CVC
- Enumere os riscos da heparinização na manutenção da permeabilidade do CVC
- Realize um estudo estruturado seguido de eventual atualização do protocolo instituído no serviço;
- Frequente um evento científico sobre a gestão de acessos vasculares

Cuidados de enfermagem para manutenção da permeabilidade do CVC

Para que o dispositivo tenha maior durabilidade e que se evitem todas as adversidades que uma obstrução pode causar, é competência e responsabilidade do enfermeiro que o manuseia possuir conhecimento técnico, científico e capacitação para sua manipulação de forma articulada e padronizada, uma vez que a prevenção e deteção precoce de possíveis riscos e intercorrências pode minimizar os danos e melhorar a qualidade da assistência.

(Ordem dos Enfermeiros, 2021)

Prática de enfermagem para manutenção da permeabilidade do CVC



- Custo elevado;
- Semivida curta, entre 60 a 90 minutos;
- Incompatível com alguns fármacos;
- Anticoagulante.

Evidência científica atual para manutenção da permeabilidade do CVC (Cont.)

Bloqueio / "lock" com Cloreto de Sódio 0,9%

Técnica de pressão positiva

- Manual:
 - Deixar 1ml de solução de bloqueio na seringa;
 - Realizar a clampagem do lúmen, manualmente ou utilizando a pinça de encerramento do cateter, previamente à remoção da seringa;
- Colocar o conector de pressão neutra.

Prática de enfermagem para manutenção da permeabilidade do CVC (Cont.)



- Apresenta risco de:
 - Hemorragia iatrogênica
 - Reações alérgicas
 - Trombocitopenia

Heparina é utilizada desde 1970, com pouca evidência científica.

Evidência científica atual para manutenção da permeabilidade do CVC (Cont.)

Bloqueio / "lock" com Cloreto de Sódio 0,9%

Periodicidade do bloqueio

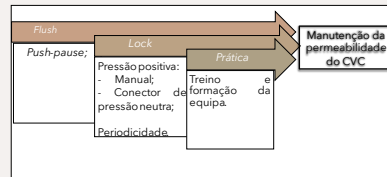
- Períodos < 4 semanas:
 - Tunelizados - 2 / 2 semanas;
 - Totalmente implantados - 4 semanas
- PICC - 7 / 7 dias.

Evidência científica atual para manutenção da permeabilidade do CVC

Lavagem / "flush" com Cloreto de Sódio 0,9%

- Verificar a permeabilidade do lúmen;
- Administrar um volume de:
 - 1,5ml a 2,5ml - neonatos;
 - 5ml - idade pediátrica;
 - 10ml - após perfusão de nutrição parentérica, hemoderivados, soluções lipídicas ou realização de colheitas de sangue;
- Utilizar seringa de 10 ml.

Evidência científica atual para manutenção da permeabilidade do CVC (Cont.)



Evidência científica atual para manutenção da permeabilidade do CVC (Cont.)

Fatores que influenciam a pressão exercida pela seringa:

- Força aplicada no êmbolo;
- Tamanho da seringa;
- Resistência gerada pelo comprimento ou calibre do cateter;
- Viscosidade do fluido administrado.

Quando for necessário realizar maior pressão no flush:

- Reposicionar a criança;
- Solicitar à criança para tossir ou respirar fundo;
- Tentar novo flush/ lavagem.

Determinar a causa de obstrução antes de continuar o procedimento.

Curiosidades

	Não tunelizados (n=85)	Longa duração broviac (n=34)	Totalmente implantados (n=35)
Infeção sistêmica	12 (14,1%)	9 (26,5%)	13 (37,1%)
Complicação mecânica	6 (7,1%)	5 (14,7%)	1 (2,9%)



Evidência científica atual para manutenção da permeabilidade do CVC (Cont.)

Lavagem / "flush" com Cloreto de Sódio 0,9%

Técnica "push - pause"

- Realizar bólus de 1ml;
- Fazer pausas de 0,4 segundos entre os bólus.

Curiosidades (Cont.)

A utilização de heparina, quando recomendada, nomeadamente em situações de crianças imunodeprimidas, por profilaxia infecciosa e de acordo com o protocolo institucional, deve, contudo, ser sempre efetuada após salinização. (Patriati et al., 2016)

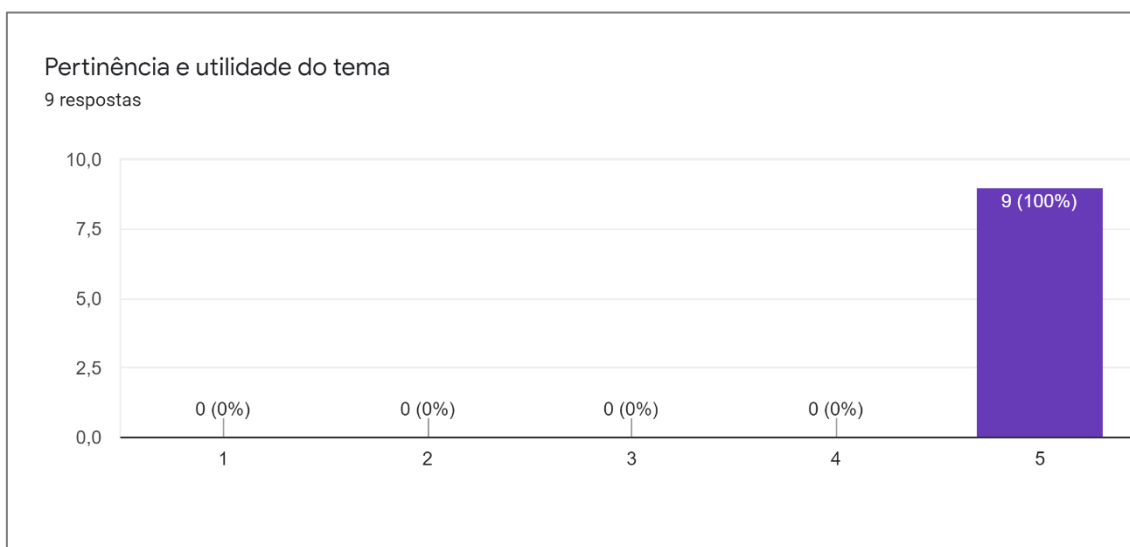
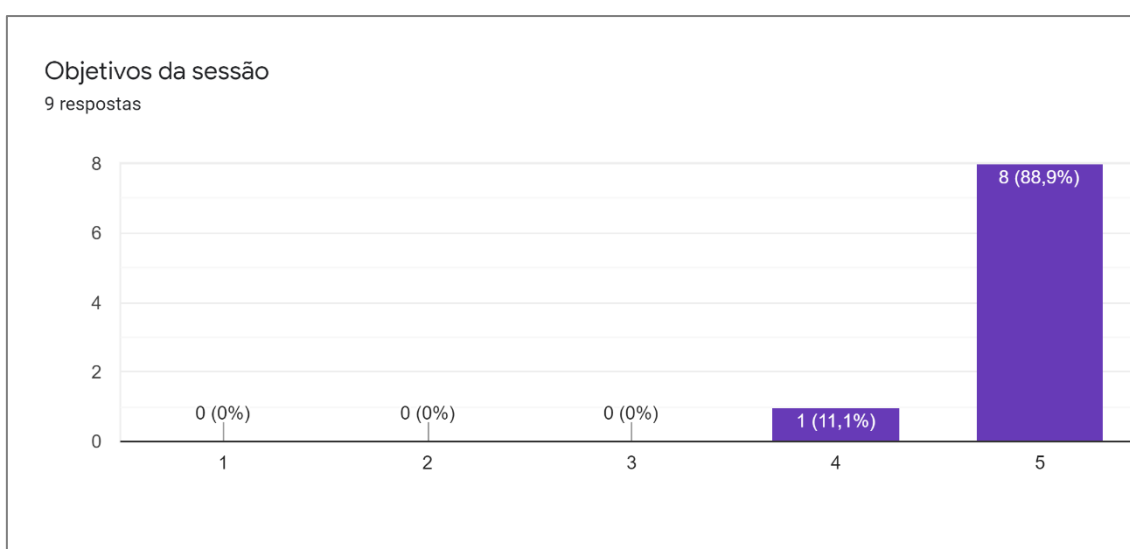


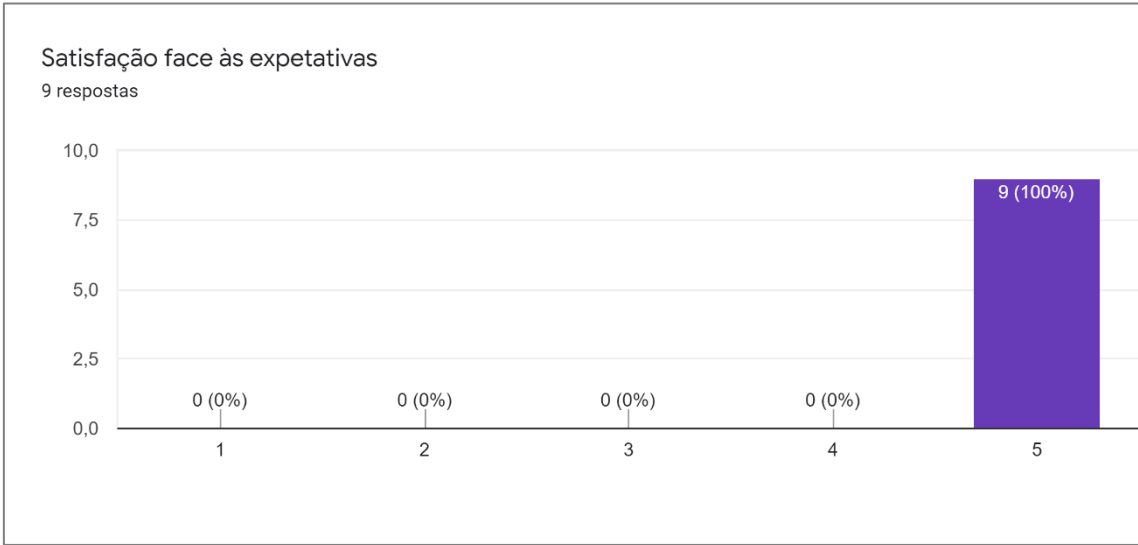
Apêndice III – Resultados de avaliação da sessão de formação

A avaliação da sessão de formação é essencial no processo formativo, pois permite aferir o seu sucesso. Neste caso, os resultados da avaliação da sessão permitiram aferir quanto à satisfação global dos formandos relativamente ao conteúdo programático, à organização da sessão e ao formador.

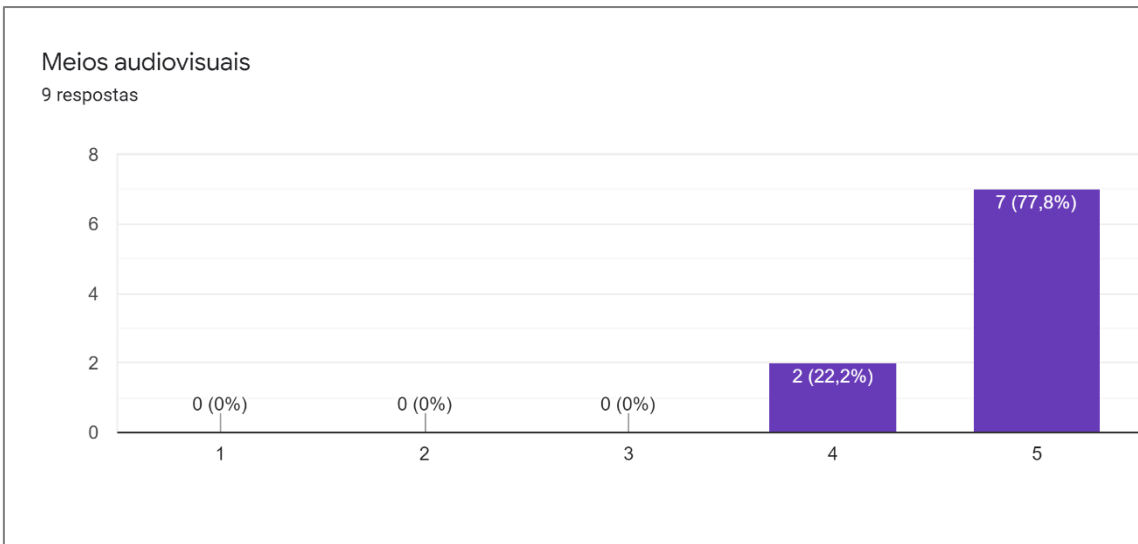
Os resultados estão apresentados em seguida, sob a forma gráfica.

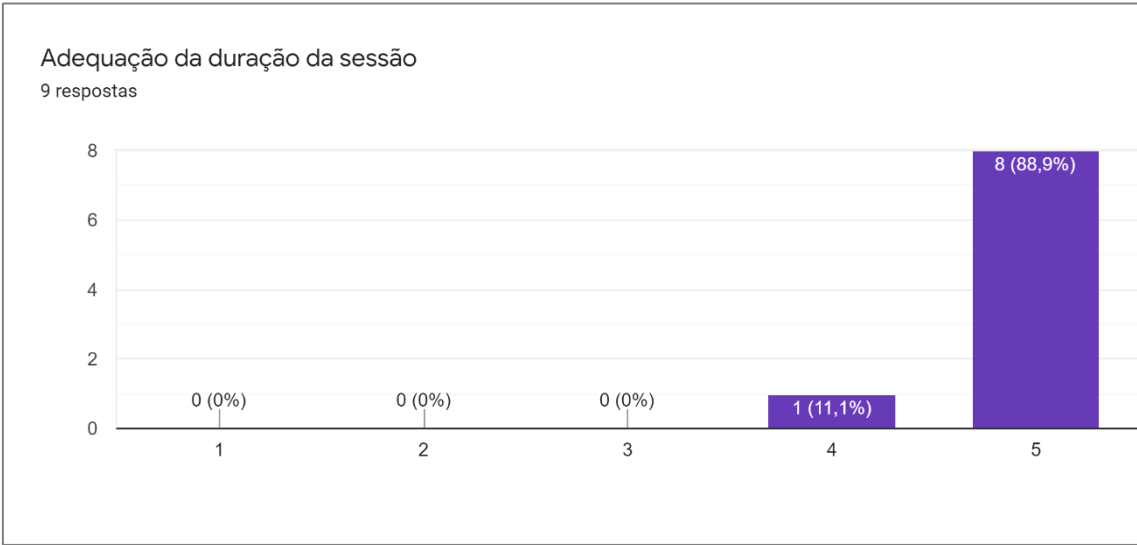
Conteúdo programático



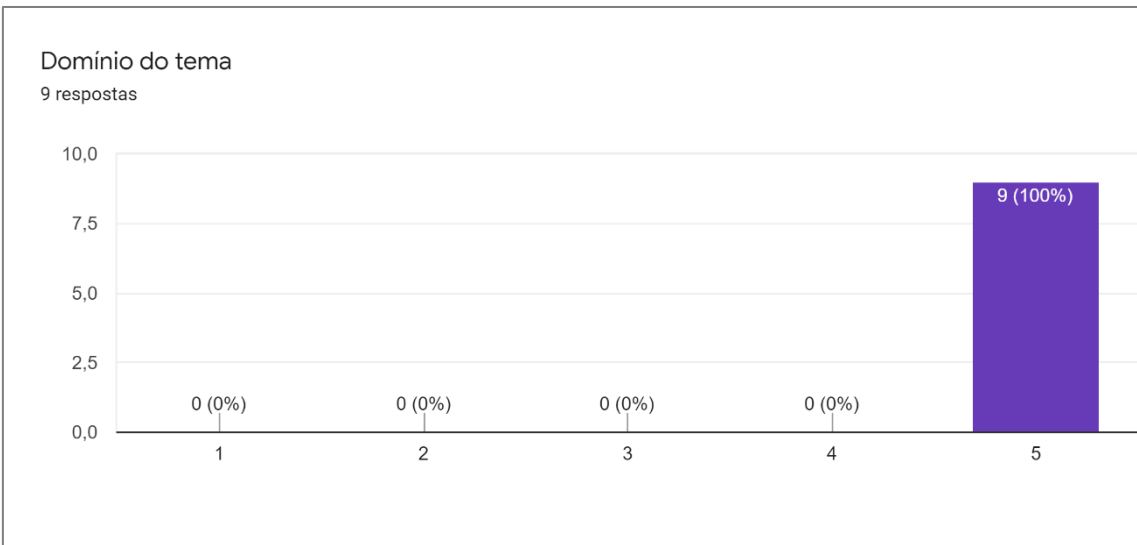


Organização da sessão



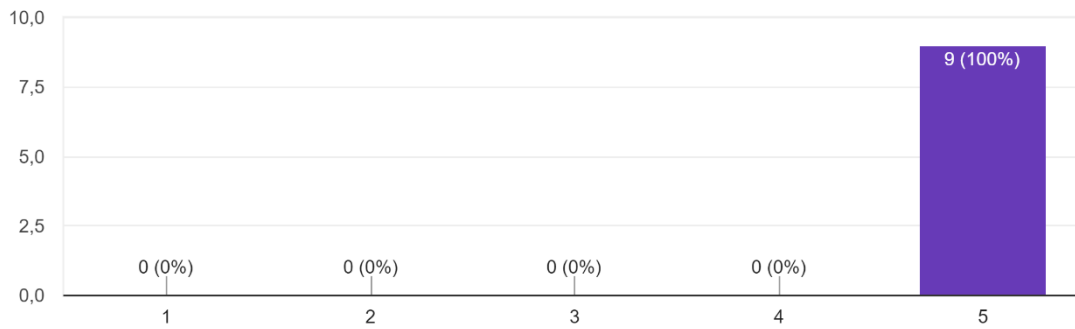


Formador



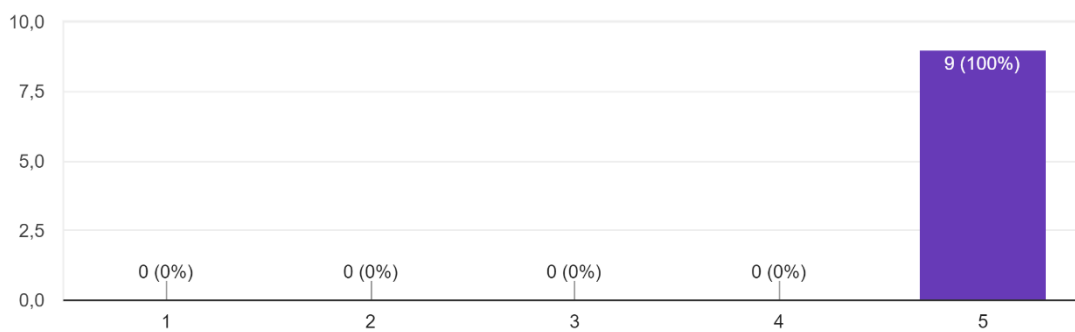
Metodologia utilizada

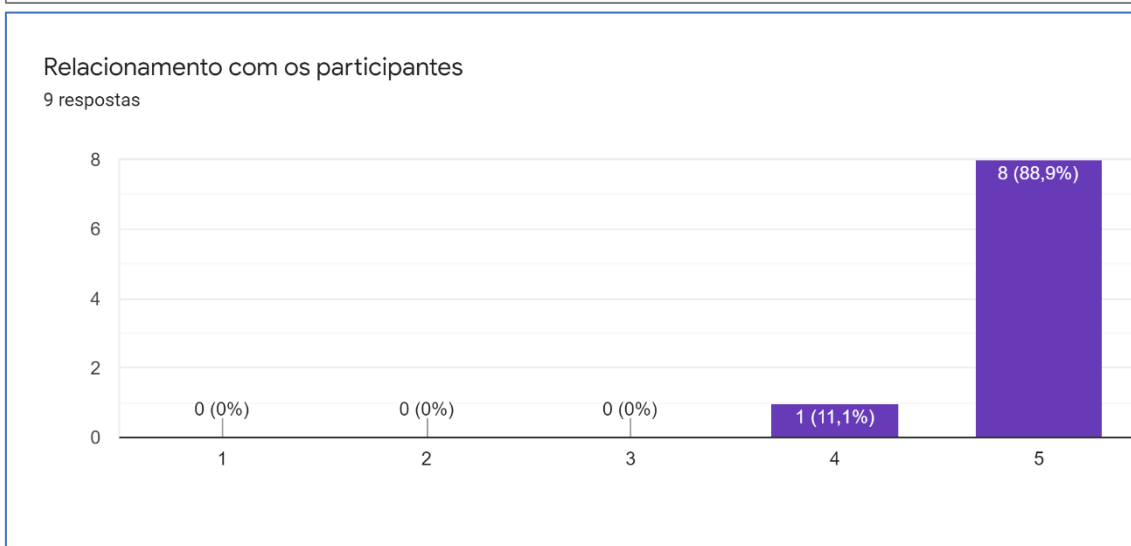
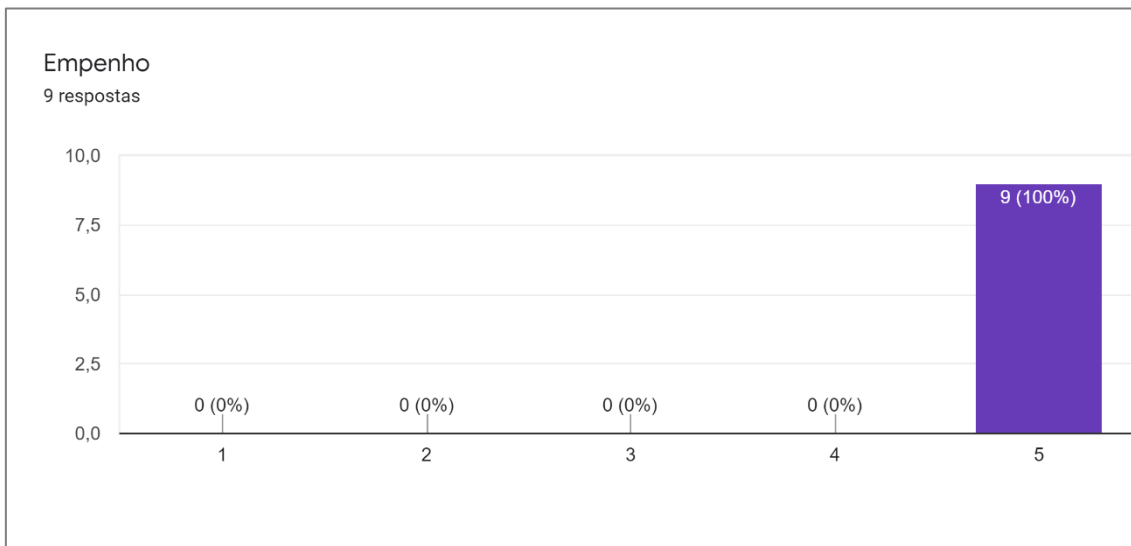
9 respostas



Linguagem utilizada

9 respostas





Análise:

Ao analisar os resultados obtidos pude aferir que os participantes, globalmente, classificaram com “muito bom” a sessão de formação em serviço relativamente aos 3 aspetos avaliados.

APÊNDICE II – Revisão Integrativa da Literatura

Intervenções de enfermagem promotoras da adaptação da criança com sonda de gastrostomia e família: Revisão Integrativa da Literatura

Nursing interventions promoting the adaptation of the child with gastrostomy tube and family: Integrative Review

Andreia Costa¹, Isabel Quelhas²

Resumo

Introdução: Cuidar da criança com sonda de gastrostomia provoca impacto e desorganização familiar, pelo que se torna necessário conhecer a realidade dos cuidadores, procurar compreender os sentimentos e significados atribuídos a essa vivência, assegurando cuidados promotores da adaptação, autonomia e segurança.

Objetivo: Identificar as intervenções de enfermagem promotoras da adaptação da criança e família à sonda de gastrostomia.

Métodos: Revisão integrativa da literatura, através de pesquisa nas bases de dados Medline® e CINAHL, realizada entre dezembro 2021 e janeiro 2022, contemplando todos os estudos publicados em inglês e português, no período compreendido entre 2017 e 2021 independentemente da sua metodologia.

Resultados: Incluíram-se 10 artigos nesta revisão. A análise dos estudos permitiu organizar os resultados em 4 temas: a *transmissão de más notícias*, a *educação do cuidador* abrangendo este o ensino, a instrução e o treino e recorrendo a distintas estratégias, tais como apresentações em PowerPoint, a simulação em manequins, a elaboração e entrega de folhetos, guias e livros educativos ilustrados, a visualização de filmes e o contacto e partilha de experiências com outras crianças e famílias, o *acompanhamento domiciliário* e a utilização do *modelo de refeição “M-FAMM”*.

Conclusão: Identificaram-se as intervenções de enfermagem, que embora distintas, se centram na criança gastrostomizada e sua família, objetivando assegurar uma rotina quotidiana o mais “normal” possível, revelando-se decisivas no processo de adaptação da criança e família à colocação da sonda de gastrostomia.

Palavras – chave: Criança, família/ cuidador, gastrostomia, enfermeiro.

Abstract

Introduction: Caring for a child with a gastrostomy tube causes family impact and disorder. Therefore, it is of the utmost importance to be aware of the reality of the caregivers, to try to understand the feelings and implications attached to that experience, ensuring care which promotes adaptation, autonomy, and safety.

Objective: To identify nursing interventions able to promote the adaptation of the child and the family to the gastrostomy tube.

Method: Literature review, through research in Medline® and CINAHL databases, conducted from December 2021 to January 2022, containing all studies published in English and Portuguese, in the period between 2017 and 2021 regardless of their methodology.

Results: There were 10 articles included in this review. The analysis of the studies made it possible to organize the results into 4 topics: *delivering bad news*; *coaching the caregiver*; including teaching, instruction and training, and using different strategies, such as PowerPoint presentations, simulation using medical dummies, the conception and delivery of flyers, guides and illustrated educational books, watching films, and the contact and exchange of experiences with other children and families; *home support*; and using the "M-FAMM" meal model.

Conclusion: Nursing interventions were identified. However distinct they may be, they focus on children with gastrostomy and their family, trying to ensure daily routines which can be as "normal" as possible, and playing a decisive role in the process of adapting the child and the family to the placement of the gastrostomy tube.

Key words: Child, family/ caregiver, gastrostomy, nurse.

1. Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Escola de Enfermagem – Porto, estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Portugal;
2. Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Escola de Enfermagem – Porto, Professora Auxiliar orientador de estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem, Portugal; Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde – Porto, Portugal.

INTRODUÇÃO

Os avanços decorrentes das políticas de saúde e da prestação de cuidados, conduzem ao aumento da morbidade, da doença crónica, do risco de atraso do desenvolvimento e de incapacidades nas crianças.

A doença crónica, definida como uma doença de longa duração e de progressão lenta, com incapacidades e défices residuais a médio e longo prazo causados por alterações patológicas irreversíveis, motiva, na ótica de Ribeiro et al. (2021), uma maior utilização dos serviços de saúde e gera na criança necessidades de cuidados complexos tais como o uso de dispositivos especiais de adaptação uma vez que estes, e em particular a sonda de gastrostomia (SGT), são colocados maioritariamente por doença do sistema nervoso central, doença cardíaca ou fibrose quística (Craig et al., 2006; Nóbrega et al., 2019).

A gastrostomia (GT) é um procedimento que consiste na inserção de um dispositivo (sonda, ou botão) entre a parede abdominal e o estômago, realizado por técnica cirúrgica ou percutânea, subdividindo-se esta última em radiológica ou endoscópica (Estevão-Costa, 2014). O dispositivo de GT, cujo tempo de permanência pode ser temporário ou definitivo, é considerado o método preferível para alimentar crianças com indicação para nutrição entérica por um período de tempo superior a 4 semanas, uma vez que assegura o seu adequado crescimento e desenvolvimento fornecendo o aporte energético e nutricional correto, e melhora a sua qualidade de vida (Alhaffaf et al., 2021; Franken et al., 2020).

A decisão pela GT gera conflito, incerteza e ansiedade na família ao envolver crenças, valores e experiências para além de aspetos psicológicos, como o enfrentamento e a resiliência familiar. Este processo altera e reorganiza os papéis familiares, modificando consequentemente o quotidiano familiar. Deste modo, a indicação para realização de GT numa criança constitui um momento de crise, decorrente do processo de transição saúde e doença, potenciado pela hospitalização (Novaes & Cunha, 2019).

O processo de doença e hospitalização infantil é sempre desafiador para a criança e família. Relativamente à criança, pode originar nela experiências desagradáveis por se encontrar afastada do seu ambiente familiar, social e afetivo e exposta a uma enorme tensão emocional, e motivar reações comportamentais comprometedoras tanto do seu desenvolvimento, como da sua relação afetiva com a família. Para a família, a doença e em particular a SGT, pode representar a perda de uma perspetiva de normalidade e comprometer a idealização daquela criança, com impacto psicológico e quebra na expectativa de uma vida saudável, visto ser ela que no momento da alta hospitalar, assume a responsabilidade pelos cuidados à criança

gastrostomizada, mesmo quando não adaptada técnica e emocionalmente (Nóbrega et al., 2019; Novaes & Cunha, 2019).

A família emerge assim como referência no cuidado à criança, uma vez que esta é um ser vulnerável e dela dependente, quer pela sua condição humana, quer pelas suas características. Todavia, necessita de ajuda externa para se adaptar à mudança, devendo para tal, os cuidados serem centrados no binómio criança e família e assentes na filosofia de que a família é o melhor prestador de cuidados da criança, no respeito pelo seu conhecimento e experiência ímpar no cuidado à mesma.

Este percurso particularmente exigente, em que a criança e família estão mais vulneráveis por se encontrarem expostos a um maior número de eventos disruptivos, tornam a adaptação e a resiliência um grande desafio.

Concluindo, a enfermagem confronta-se atualmente com novos e constantes desafios decorrentes da situação de saúde atual das crianças, precisando o enfermeiro de estar instrumentalizado e sensibilizado para cuidar destas crianças e famílias. Neste sentido, demonstra-se a pertinência de elaborar uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) com o objetivo de identificar as intervenções de enfermagem promotoras da adaptação da criança e família à colocação de SGT.

Alicerçado nestes postulados formulou-se a seguinte questão de investigação: Quais as intervenções de enfermagem promotoras da adaptação da criança e família à colocação de SGT?

MÉTODOS

A presente RIL teve por objetivo a sistematização e análise da atual evidência científica sobre as intervenções de enfermagem promotoras da adaptação da criança e família à SGT. Como estratégia foi utilizada a mnemónica PIO, de forma a responder à questão: “Quais as intervenções de enfermagem (I) promotoras da adaptação à sonda de gastrostomia (O) pela criança e família (P)?

Esta revisão abarcou todo o tipo de artigos científicos publicados, independentemente da sua natureza, desde que correspondessem aos critérios de inclusão estabelecidos com base nos participantes, na intervenção e nos resultados, sendo eles:

- Participantes – Crianças com gastrostomia, dos 0 aos 17 anos e 364 dias e família;
- Intervenção – Intervenções de enfermagem;
- Resultados – Todos os estudos cujo resultado seja a adaptação da criança e família à sonda de gastrostomia.

A estratégia de pesquisa para a realização desta revisão, realizada por 2 revisores de forma independente, subdividiu-se em 3 etapas distintas. Na primeira etapa foi realizada uma pesquisa inicial no google académico e nas bases de dados Medline® e CINAHL para definir e fundamentar a problemática, explanando a sua importância e os conceitos. Serviu igualmente para identificar os descritores de pesquisa em linguagem natural, bem como os indexados das bases de dados utilizadas. Em seguida foi elaborada uma pesquisa preliminar, utilizando os descritores definidos para os escutar e ajustar, de forma a responderem com maior precisão à questão de investigação.

Por último, foi efetuada uma pesquisa utilizando todos os descritores naturais e indexados, presentes na tabela seguinte (Tabela 1), através da plataforma eletrónica EBSCO na base de dados CINAHL e Medline® (via PubMed®), com recurso aos operadores booleanos representados pelos termos de ligação [OR] e [AND]. Como limitadores de pesquisa foram incluídos estudos cuja data de publicação estava compreendida entre janeiro 2017 e dezembro de 2021, nos idiomas de português e inglês.

Tabela 1. Estratégia de pesquisa, termos naturais e indexados das bases de dados CINAHL e PubMed®

Bases de dados	Fórmula booleana	Número de artigos
CINAHL	(infant OR newborn OR child OR adolescent OR parents OR family OR caregivers) AND (nurs* OR intervention*) AND (adapt* OR treatment OR outcome* OR management) AND (ostomy* OR gastrostomy)	67
PubMed®	((("nurs*"[All Fields] OR "intervention*"[All Fields]) AND ("infant, newborn"[MeSH Terms] OR ("infant"[All Fields] AND "newborn"[All Fields]) OR "newborn infant"[All Fields] OR "newborn"[All Fields] OR "newborns"[All Fields] OR "newborn s"[All Fields] OR ("infant"[MeSH Terms] OR "infant"[All Fields] OR "infants"[All Fields] OR "infant s"[All Fields]) OR ("child"[MeSH Terms] OR "child"[All Fields] OR "children"[All Fields] OR "child s"[All Fields] OR "children s"[All Fields] OR "childrens"[All Fields] OR "childs"[All Fields]) OR ("familiarities"[All Fields] OR "familiarity"[All Fields] OR "familiarily"[All Fields] OR "familials"[All Fields] OR "familie"[All Fields] OR "family"[MeSH Terms] OR "family"[All Fields] OR "familial"[All Fields] OR "families"[All Fields] OR "family s"[All Fields] OR "familys"[All Fields]) OR ("parent s"[All Fields] OR "parentally"[All Fields] OR "parentals"[All Fields] OR "parented"[All Fields] OR "parenting"[MeSH Terms] OR "parenting"[All Fields] OR "parents"[MeSH Terms] OR "parents"[All Fields] OR "parent"[All Fields] OR "parental"[All Fields]) OR ("caregiver s"[All Fields] OR "caregivers"[MeSH Terms] OR "caregivers"[All Fields] OR "caregiver"[All Fields] OR "caregiving"[All Fields])) AND (("adapt*"[All Fields] OR ("manage"[All Fields] OR "managed"[All Fields] OR "management s"[All Fields] OR "managements"[All Fields] OR "manager"[All Fields] OR "manager s"[All Fields] OR "managers"[All Fields] OR "manages"[All Fields] OR "managing"[All Fields] OR "managment"[All Fields] OR "organization and administration"[MeSH Terms] OR ("organization"[All Fields] AND "administration"[All Fields]) OR "organization and administration"[All Fields] OR "management"[All Fields] OR "disease management"[MeSH Terms] OR ("disease"[All Fields] AND "management"[All Fields]) OR "disease management"[All Fields]) OR ("therapeutics"[MeSH Terms] OR "therapeutics"[All Fields] OR "treatments"[All Fields] OR "therapy"[MeSH Subheading] OR "therapy"[All Fields] OR "treatment"[All Fields]	246

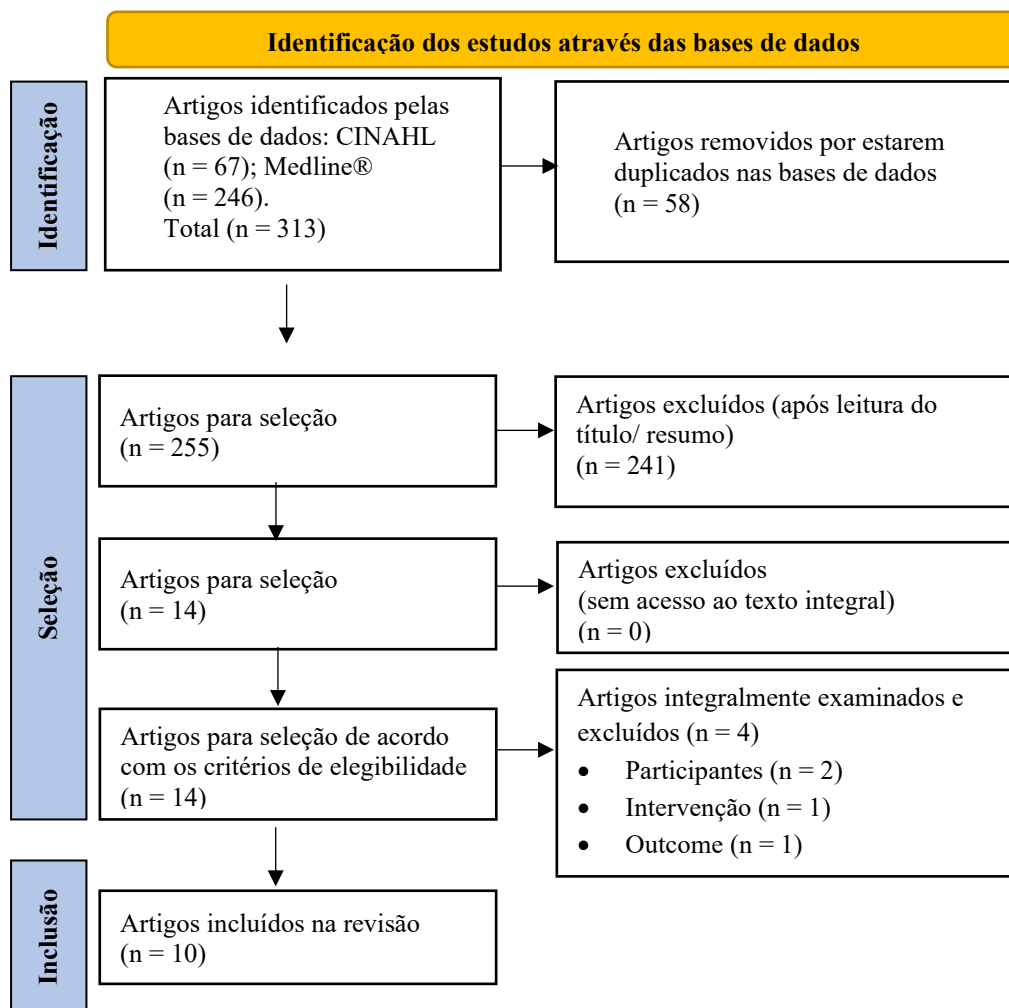
	OR "treatment s"[All Fields]) OR "outcome*"[All Fields]) AND ("gastrostomy"[MeSH Terms] OR "gastrostomy"[All Fields] OR "gastrostomies"[All Fields]))	
Total		313

RESULTADOS

O fluxograma PRISMA (Figura 1) resume visualmente o processo de seleção de estudos. Inicialmente regista o número de artigos encontrados e em seguida, torna o processo de seleção transparente, descrevendo as decisões tomadas nas várias etapas da revisão integrativa, a identificação, a seleção e a inclusão, sendo o número de artigos registado em cada uma delas.

Detalhou-se a quantificação dos artigos após a pesquisa avançada nas bases de dados CINAHL (n = 67) e Medline® (n = 246), totalizando 313 artigos. Após remoção dos artigos duplicados, identificaram-se 255 artigos para seleção da revisão, dos quais, após leitura do título e resumo, 241 foram excluídos. Na leitura integral dos artigos foram excluídos 2 pelo facto da amostra ser constituída pela pessoa em fase adulta, 1 por não abordar as intervenções de enfermagem, mas sim os procedimentos médicos, e 1 por não contemplar as estratégias adaptativas da SGT, descrevendo apenas o procedimento técnico de colocação da mesma.

Figura 1. Fluxograma PRISMA



Fonte: Adaptado de MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71 (Page et al., 2021)

Incluíram-se 10 estudos nesta RIL, por consenso dos dois revisores. Os estudos foram examinados, e os dados, alinhados com os objetivos e com a questão de pesquisa, foram extraídos para o Quadro I.

Quadro 1. Quadro síntese dos artigos incluídos na revisão

Artigo número	Autores e ano de publicação	Tipo de estudo	Amostra, tamanho da amostra, contexto e país	Objetivo (s)	Principais resultados
1	Barry et al. (2018)	Quantitativo: estudo de coorte retrospectivo.	Cuidadores de crianças dos 0 – 18 anos (média <5 anos) submetidas à colocação de GT entre janeiro de 2006 e dezembro 2015;	Determinar a existência e tipo de relação entre a realização de educação para a saúde pré colocação de SGT e a qualidade e segurança dos cuidados	A formação de cuidadores de crianças gastrostomizadas no período pré colocação de SGT, através da sua participação num Curso Multidisciplinar de Educação para a Saúde, diminuiu a utilização dos cuidados de saúde devido a complicações associadas à

			<p>Tamanho da amostra: n = 1340;</p> <p>Hospital pediátrico – EUA.</p>	<p>prestados no domicílio, com consequente redução da necessidade de deslocação ao serviço de urgência.</p>	<p>SGT no ano seguinte à sua colocação.</p> <p>O estudo comprova que a educação estruturada e programada dos cuidadores de crianças gastrostomizadas, promove a sua adaptação à SGT, capacitando-os para o seu adequado manuseamento e assegurando uma correta prevenção e identificação de complicações associadas à mesma.</p>
2	Chocarro et al. (2019)	Qualitativo: utilizando a <i>Grounded theory</i> .	<p>Cuidadores de 7 crianças com idade entre os 9 meses e 18 anos (média de 8.7 anos), todas elas gastrostomizadas e totalmente dependentes para realização das atividades de vida diárias;</p> <p>Estudo realizado entre março e maio 2015;</p> <p>Tamanho da amostra: n = 12 (mães, pais, irmão e avós da criança);</p> <p>Unidade de Cuidados Paliativos Pediátrica (UCPP) – Espanha (crianças acompanhadas pela UCCP, embora em casa no momento da entrevista).</p>	<p>Explorar o processo de transmissão de informação sobre a colocação de SGT na criança, o significado atribuído pela família ao procedimento e a sua vivência do mesmo.</p>	<p>O estudo possibilita concluir, em acordo com o testemunho de cuidadores de crianças gastrostomizadas, que a melhoria do processo de transmissão de más notícias e a aplicação de um programa educativo desenvolvido por enfermeiros, em contexto hospitalar e domiciliário, adaptado às necessidades técnicas, emocionais e sociais da criança e família, promovem a sua adaptação à mudança e empoderamento no cuidado à criança. Pois, relativamente ao momento anterior à tomada de decisão pela realização de GT, a maioria dos familiares realçou a necessidade e importância atribuída à visualização e manuseamento da SGT. Analogamente, no momento que antecede a colocação de SGT, estes verbalizaram o défice de informação e treino conferido por parte dos profissionais de saúde, e, no decurso do internamento da criança, aludiram o sentimento de desumanização vivenciado, fundamentando no facto de apenas os aspetos técnicos terem sido considerados nos ensinamentos realizados.</p>
3	Mårtensson et al. (2021)	Qualitativo: Exploratório.	<p>Crianças com doença oncológica, gastrostomizadas e os seus pais;</p> <p>Tamanho da amostra: n = 7 (3 crianças e 4 dos seus pais);</p> <p>Centro de Oncologia infantil – Suécia.</p>	<p>Investigar se a utilização do <i>Five Aspect Meal Model</i> (FAMM) é apropriado no cuidado à criança gastrostomizada para manter a refeição como um momento natural e atrativo.</p>	<p>As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com base nos 5 aspetos do FAMM, sendo eles o ambiente envolvente (sala), a interação e relação entre as pessoas envolvidas na refeição (reunião), o aspeto visual dos alimentos (produto), a escolha e seleção dos alimentos consoante o gosto e desejo da criança (sistema de controlo de gestão) e o nível de satisfação e de relaxamento da criança (atmosfera).</p> <p>Como resultado, emergiram 2 outros aspetos referentes à criança gastrostomizada, o</p>

					<i>desconforto corporal e o tempo de mudança e aceitação.</i> O modelo FAMM originou assim o modelo adaptado “M-FAMM”, o qual se apresenta como uma estratégia promotora da satisfação das necessidades da criança no momento da refeição, conduzindo à sua adaptação ao uso de SGT e minimização dos sentimentos negativos vivenciados, tanto por ela, como pelos pais.
4	Maselli et al. (2021)	Quantitativo: estudo de coorte retrospectivo.	Cuidadores de crianças, (média 2.37 +/- 4.64 anos) que colocaram a SGT entre janeiro 2014 e junho 2018; Tamanho da amostra: n = 751; Hospital Pediátrico – EUA.	Determinar a influência que o acompanhamento domiciliário apresenta na capacidade de gestão dos cuidados e na capacidade de gestão dos recursos de saúde por parte da família e no seu nível de satisfação com a sua própria assistência à criança.	O estudo demonstra que o acompanhamento domiciliário, prestado no âmbito de um programa inovador e gerido por enfermeiros com formação avançada, educa e capacita a família, e promove a segurança e a adequada gestão dos cuidados por ela prestados à criança. Este acompanhamento reduz também a utilização dos recursos de saúde no primeiro ano após a colocação da SGT e aumenta a satisfação da família e dos profissionais de saúde.
5	Pars and Soyer (2020)	Quantitativo: Quase-experimental longitudinal.	Cuidadores de crianças, totalmente dependentes, que colocaram a SGT entre novembro 2017 e novembro 2018; Tamanho da amostra: n = 30 (mães); Hospital Universitário – Turquia.	Determinar os resultados da implementação do programa de preparação para a alta desenvolvido em contexto hospitalar e do acompanhamento domiciliário conferido por profissionais de saúde à criança gastrostomizada e família, ao nível da ansiedade, do conhecimento e da sobrecarga do cuidador.	Os cuidadores de crianças gastrostomizadas pertencentes ao grupo “teste”, os quais integraram um Programa de Preparação para a Alta, composto por uma componente teórica e uma componente prática, e beneficiaram de acompanhamento domiciliário após a alta clínica, telefónico e presencial, apresentaram uma significativa redução do seu nível de ansiedade e do nível de sobrecarga dos cuidados, bem como um maior conhecimento, confiança e capacidade na gestão dos cuidados à criança. Este estudo evidencia que o Programa de Preparação para a Alta e o acompanhamento domiciliário após a alta clínica, diminui o número de complicações associadas à SGT, promove a adaptação da família ao tratamento e à evolução da doença da criança, e assegura uma participação mais ativa da mesma.
6	Rodrigues et al. (2020)	Metodológico desenvolvido em 5 etapas: pesquisa bibliográfica,	Cuidadores de crianças gastrostomizadas com idades compreendidas	Descrever o processo de construção e validação de um guia educativo	Perante as dúvidas referidas por mães de crianças gastrostomizadas, resultantes dos cuidados domiciliários por

		<p>diagnóstico situacional, elaboração das ilustrações, layout, design e textos do guia, aprovação por especialistas e avaliação da sua percetibilidade e validação com o público-alvo.</p>	<p>entre 3 meses e 12 anos;</p> <p>Estudo realizado entre fevereiro e outubro de 2017;</p> <p>Tamanho da amostra: n = 72 (39 cuidadores; 33 profissionais de saúde);</p> <p>Hospital Pediátrico, em contexto de internamento – Brasil.</p>	<p>sobre os cuidados à criança gastrostomizada prestados pelo familiar e/ou cuidador.</p>	<p>elas prestados, nomeadamente sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cuidados a ter no banho e na administração terapêutica, • momento do dia mais adequado para proceder à troca da SGT, • procedimento de atuação em caso de obstrução ou exteriorização acidental da SGT, o estudo possibilitou elaborar e validar o guia educativo, adequado e ajustado às suas necessidades. Este guia obteve um nível de concordância de 100% por parte dos cuidadores, pelo que foi considerado uma estratégia educativa relevante para aplicação nos contextos assistenciais, promotora do conhecimento e de boas práticas nos cuidados à criança gastrostomizada e sua família. A versão final do guia intitulado “<i>Cuidando da criança com gastrostomia</i>”, é constituída por 12 domínios, a definição de gastrostomia, a apresentação da SGT, os cuidados a ter na alimentação, na administração de terapêutica, no banho e com a pele peri estoma, os procedimentos de atuação em caso de granuloma, dermatite, infeção e saída acidental da sonda, o procedimento de substituição da SGT e as atividades passíveis de realizar pela criança gastrostomizada.
7	Rodrigues et al. (2019)	<p>Qualitativo: descritivo, exploratório.</p>	<p>Cuidadores de crianças gastrostomizadas;</p> <p>Estudo realizado entre junho e julho de 2016;</p> <p>Tamanho da amostra: n = 15 (mães);</p> <p>Hospital Pediátrico, no serviço de consulta de externa, em regime de ambulatório – Brasil.</p>	<p>Compreender a vivência dos cuidadores de crianças gastrostomizadas.</p>	<p>Das entrevistas realizadas a cuidadores de crianças gastrostomizadas emergiram 3 categorias temáticas: os cuidados prestados, os desafios identificados e as experiências vivenciadas. O estudo permite compreender o caminho percorrido pelo cuidador, pautado por medos e dificuldades que persistem no tempo, bem como as estratégias passíveis de os minimizar. Estas, de acordo com a opinião dos cuidadores, consistem nas medidas de educação para a saúde desenvolvidas pelo enfermeiro, de forma individualizada e contínua, assente numa relação negociada e de confiança mútua, das quais se destacam, a preparação para a alta, o acompanhamento domiciliário e a inclusão da família em grupos de apoio. Contudo, o</p>

					estudo espelha também, e segundo o parecer dos cuidadores, que o tempo lhes proporciona maior confiança, coragem e desejo de aprender, possibilitando-lhes identificar alguns benefícios obtidos pela colocação da SGT, tais como o aumento de peso da criança, a diminuição do número de internamentos, a redução do tempo despendido com a alimentação e a melhoria da sua qualidade de vida.
8	Singh et al. (2021)	Revisão integrativa, cujos artigos de revisão incluem estudos de natureza qualitativa e quantitativa, juntamente com um outro não obtido por pesquisa.	Cuidadores de crianças gastrostomizadas; Revisão realizada nos EUA, com artigos publicados em inglês, nas bases de dados eletrônicas Pubmed, CINAHL e Cochrane Library e pesquisa manual, entre 2010 e 2020.	Identificar os componentes educacionais em que deve incidir a educação para a saúde realizada a cuidadores após a colocação de SGT na criança.	O estudo revelou que as atividades de educação para o cuidado da criança gastrostomizada direcionadas ao cuidador variam entre instituições, contudo, foram identificadas 3 áreas fundamentais nesse processo educativo. Assim, a educação deve ser assegurada por uma equipa multidisciplinar, estruturada consoante um protocolo previamente elaborado e aprovado, e individualizada objetivando a capacitação e empoderamento do cuidador. Esta revisão reitera a necessidade de realizar ensinamentos de educação para a saúde aos cuidadores de crianças gastrostomizadas, patenteando que o aumento do seu conhecimento reduz o seu nível de ansiedade, o número de complicações da SGT e a utilização de recursos de saúde.
9	Suluhan et al. (2021)	Quantitativo: Quase-experimental Longitudinal.	Cuidadores de crianças com idade compreendida entre 13 meses e 18 anos, exclusive, todas elas totalmente dependentes, com SGT colocada há menos de 2 semanas ou a aguardar colocação; Estudo realizado entre janeiro e julho de 2015 Tamanho da amostra: n = 78 (mães); 3 Hospitais Pediátricos, nos	Determinar o impacto causado pela educação dos cuidadores no seu nível de satisfação com a dieta entérica, na sua qualidade de vida, no seu nível de ansiedade e no grau de sobrecarga que atribui ao cuidado à criança.	Os resultados do estudo evidenciam o impacto positivo dos programas educativos e do acompanhamento após alta da criança e família no cuidado de crianças gastrostomizadas. Este benefício está patente na diminuição da sobrecarga e ansiedade do cuidador, e no aumento da sua satisfação relativamente ao processo de alimentação da criança através de SGT, sobretudo por promover a recuperação do peso da criança. As medidas educativas contempladas no estudo incluem a disponibilização de guias e folhetos educativos aos cuidadores e a utilização de métodos interativos, tais como a apresentação com recurso à aplicação <i>PowerPoint</i> , o jogo de “perguntas e respostas” e a demonstração e treino em

			serviços de cirurgia e UCIP – Turquia.		manequins. Estas, concomitantemente com o adequado acompanhamento domiciliário, conduzem a que a SGT seja percebida como uma estratégia promotora da melhoria dos cuidados e da qualidade de vida tanto da criança como do cuidador.
10	Viana et al. (2018)	Qualitativo: descritivo, exploratório.	Cuidadores de 5 crianças com idades entre 1 e 9 anos, com necessidades especiais de saúde, 3 delas gastrostomizadas; Estudo realizado entre maio e junho de 2014; Tamanho da amostra: n = 6 (5 mães e 1 pai); Hospital Pediátrico, em contexto de internamento – Brasil.	Conhecer as dúvidas dos familiares de crianças com necessidades especiais de saúde quanto aos cuidados domiciliários relacionados com os dispositivos médicos; Analisar o uso da “roda de conversa” como estratégia educativa no processo de planeamento de alta;	O estudo, dividido em 3 etapas, realçou a importância da “roda de conversa” como intervenção promotora da adaptação da criança e família à SGT, em que o diálogo e a técnica de simulação com utilização do manequim como recurso educativo, promoveu a troca de saberes e experiências entre os participantes, enquanto cuidadores de crianças gastrostomizadas. Esta estratégia educativa produz conhecimento coletivo e contextualizado, e incentiva à reflexão crítica de forma lúdica. Porém, o envolvimento nos cuidados, a parceria negociada dos mesmos e a preparação atempada da alta, surgem no decurso do estudo como exemplos de outras intervenções promotoras da capacitação familiar.

DISCUSSÃO

A evidência científica demonstra que a colocação de SGT na criança representa a perda de “normalidade” na vida familiar com o assomar de dificuldades no convívio social, na realização de atividades quotidianas, nas relações familiares e conjugais e na situação económica (Pars & Soyer, 2020; Rodrigues et al., 2020; Rodrigues et al., 2019).

Estas famílias, em particular os pais, encontram-se na maioria das vezes, a vivenciar um processo de luto do filho que perspetivaram ter, em lugar do filho doente que na realidade têm, habitualmente portador de doença crónica e deles totalmente dependente para satisfação das suas necessidades de vida diárias (Pars & Soyer, 2020; Suluhan et al., 2021). A colocação de SGT, inicialmente percebida pela família como um fracasso (Chocarro et al., 2019) representa mais uma perda na vida da criança, pois, provoca-lhe uma transformação física e priva-a do desejo de se alimentar.

Este processo, impõe deste modo uma alteração do quotidiano familiar com a adoção de uma nova forma de viver, através da qual, a família tenta assegurar à criança um estilo de vida o mais semelhante possível ao das outras crianças (Chocarro et al., 2019; Rodrigues et al., 2019). A família assume o papel de cuidador, responsabilizando-se pelo desempenho de

procedimentos técnicos que formalmente, deveriam ser realizados somente por profissionais qualificados, exigindo-lhes assim, distintos conhecimentos práticos (Rodrigues et al., 2019). Deste modo, e perante a incerteza e ansiedade gerada no seio da família, torna-se necessária a intervenção do enfermeiro como elemento promotor da sua adaptação, colaborando no planeamento de novas dinâmicas familiares e facultando o conhecimento necessário potenciador do desenvolvimento e aquisição das habilidades necessárias ao desempenho do novo papel.

A família deve ser capacitada em termos de habilidades técnicas e psicossociais. Para tal, devem ser consideradas as suas necessidades e particularidades, como o nível de escolaridade, idade, situação laboral, fatores socioeconómicos, tipo de recursos de que dispõe no cuidado à criança, existência de outros filhos para cuidar, experiências pessoais e crenças (Pars & Soyer, 2020; Rodrigues et al., 2019). Porém, aspetos como a técnica de inserção da SGT e o tempo de hospitalização, também influenciam o processo de aprendizagem da família (Barry et al., 2018).

De acordo com Suluhan et al. (2021) a GT é interpretada como uma aceitação do agravamento do estado de saúde da criança, motivo pelo qual esta fase de tomada de decisão se constitui como a de maior ansiedade para as famílias. Este período, descrito como uma luta constante, está carregado de sofrimento, dúvidas e incertezas, potenciados pelo medo que assombra o pensamento da família (Chocarro et al., 2019).

O processo de educação aos familiares deve assim ser iniciado desde este momento, todavia, estes citam frequentemente a escassez de informação por parte da equipa multidisciplinar antes da GT, a transmissão de informação de forma não empática, ou mesmo “desumana” (Chocarro et al., 2019). Para além disso, e de acordo com as evidências do mesmo estudo, a informação transmitida apenas evoca aspetos técnicos, descurando o sofrimento e significados atribuídos pela família ao procedimento e o seu impacto em termos de rotinas quotidianas, levando a que muitas das vezes este tipo de informação seja adquirido através da partilha com outras famílias, e as dúvidas, receios e ansiedades dissipadas em conversa com as mesmas (Chocarro et al., 2019).

Uma vez que a família atenta que a informação detalhada, coerente e precisa minimiza este impacto e promove a adaptação, realço a importância da adequada transmissão de más notícias, bem como da educação no momento prévio à colocação de SGT, a qual pode ser concretizada através da participação em cursos teórico-práticos. Estes, possibilitam visualizar e manusear a SGT no decurso da demonstração e treino em manequins, estratégias complementadas com a visualização de vídeos (Barry et al., 2018; Chocarro et al., 2019).

As tecnologias educacionais impressas entregues ao cuidador, como livros, folhetos, ou guias educativos, elaboradas com base na pesquisa bibliográfica e diagnóstico situacional, surgem como recurso escrito de suporte ao cuidado domiciliário (Pars & Soyer, 2020; Rodrigues et al., 2020; Suluhan et al., 2021). Concomitantemente, as listas de validação dos ensinamentos realizados, as apresentações em *Power Point*®, o diálogo, a partilha de experiências e as reflexões mantidas sobre os cuidados no decurso da “roda de conversa” são outras estratégias educacionais, igualmente eficazes (Singh et al., 2021; Viana et al., 2018).

O processo educacional deve ser bidirecional e como tal, encarado como uma oportunidade de troca de saberes, experiências, vivências e informações entre a família e o profissional, em que o profissional auxilia na prestação dos novos e complexos cuidados capacitando a família para a autonomia na prestação dos mesmos (Rodrigues et al., 2019; Viana et al., 2018). Este processo aumenta o nível de conhecimento e confiança da família, diminui a sua sobrecarga de cuidados, a sua ansiedade, melhorando a qualidade de vida do binómio (Pars & Soyer, 2020; Singh et al., 2021; Suluhan et al., 2021; Viana et al., 2018). Promove deste modo a adaptação da criança e família ao tratamento e ao curso da doença e assegura a participação ativa da família nos cuidados (Pars & Soyer, 2020).

A educação, idealmente iniciada no momento de admissão, mantida no decurso da hospitalização e posteriormente no domicílio, integra a assistência hospitalar e o acompanhamento domiciliário (Pars & Soyer, 2020; Singh et al., 2021; Suluhan et al., 2021). A evidência científica espelha a necessidade e importância do acompanhamento domiciliário, pois, a maioria das famílias associa as dificuldades vivenciadas no domicílio ao défice de conhecimento e de acompanhamento domiciliário (Chocarro et al., 2019; Rodrigues et al., 2019). Aspeto reforçado pelo estudo de Pars and Soyer (2020) ao concluírem que, nos cuidados a longo prazo os cuidadores podem experimentar sentimentos de desamparo, medo, depressão, deterioração da saúde física, dificuldades económicas.

O acompanhamento domiciliário pode ser assegurado pela equipa de cuidados paliativos pediátricos (Chocarro et al., 2019) ou por enfermeiros de prática avançada no cuidado à criança gastrostomizada e sua família (Maselli et al., 2021). Contudo, objetiva sempre assegurar o apoio técnico, emocional, físico e psicossocial, avaliar o desempenho do cuidador e monitorizar o estado de saúde da criança, assumindo-se assim como fundamental na obtenção de resultados positivos (Chocarro et al., 2019; Suluhan et al., 2021). A centralização do cuidado, o seguimento e a maior acessibilidade aos profissionais, promove um maior conhecimento e nível de satisfação da família, a redução de complicações e por conseguinte do número de deslocações aos serviços de saúde (Maselli et al., 2021).

No entanto, quando estas intervenções não são asseguradas, as dúvidas, as angústias e as dificuldades dos cuidadores na prestação de cuidados quotidianos domiciliários à criança gastrostomizada persistem. Emergindo neles, como desafio, reações emocionais negativas, em particular o medo de cuidar da criança e a angústia pela impossibilidade de a alimentar oralmente (Rodrigues et al., 2020; Rodrigues et al., 2019).

Estes sentimentos são frequentemente intensificados pelo estigma associado à SGT, uma fonte adicional de exclusão social que leva os cuidadores a não alimentarem a criança fora de casa, ou em situações em que tal é imperativamente necessário, a esconder, tapando ou isolando-se (Chocarro et al., 2019). Porém, o M-FAMM, resultante da adaptação do Five Aspect Meal Model (FAMM) à criança gastrostomizada, emerge como estratégia de apoio e orientação do enfermeiro. Este modelo objetiva tornar a refeição numa experiência positiva, promovendo a satisfação das necessidades da criança gastrostomizada no momento da refeição e a sua adaptação ao uso da SGT, minimizando a vivência de sentimentos negativos tanto por ela, como pela sua família (Mårtensson et al., 2021).

Deste modo, durante a hospitalização, o enfermeiro deve incentivar a criança e família a realizar a refeição num outro local que não o quarto, proporcionando-lhes um espaço acolhedor, descontraído e atraente, tal como uma sala destinada a esse fim. Para tal, e uma vez que a relação estabelecida influencia a aceitação por parte do binómio, é determinante criar uma relação empática e de confiança. Importa igualmente respeitar o momento da refeição, evitando interrupções desnecessárias. A descentralização do ato de alimentar, incentivando a que o momento de refeição constitua uma oportunidade de socialização com outras crianças, eventualmente gastrostomizadas, e um momento de descontração, é outra intervenção promotora da aceitação da gastrostomia por parte do binómio e do retorno à “normalidade”. Outros aspetos igualmente importantes e passíveis de gerir são o tipo de dieta, se caseira ou industrializada, a sua aparência, o odor, a quantidade das porções e o horário das refeições. Estes, devem ser, sempre que possível, ajustados aos desejos, preferências e hábitos da criança tornando a dieta mais apelativa, adequada e tolerada. Paralelamente, a educação realizada à família, nomeadamente sobre os cuidados a ter com o estoma e SGT, minimiza o desconforto corporal da criança (Mårtensson et al., 2021).

As intervenções de enfermagem descritas asseguram a participação ativa da família nos cuidados e promovem a aceitação e adaptação ao tratamento e ao curso da doença por parte da criança e família, nomeadamente à colocação da SGT. Este dispositivo, encarado inicialmente como antinatural e inaceitável pela família (Chocarro et al., 2019), promove assim a melhoria da sua qualidade de vida, proporcionando o aumento de peso da criança

através de um adequado aporte nutricional, assegurando a administração de terapêutica e reduzindo o tempo gasto na sua alimentação (Rodrigues et al., 2019).

CONCLUSÃO

Esta RIL permitiu compreender que as dúvidas e os medos das famílias de crianças gastrostomizadas são esboçados desde o momento de decisão pela GT, perduram durante a hospitalização e chegam ao cuidado domiciliário, inclusive a situações de emergência.

O estado inicial da arte mostra que a intervenção do enfermeiro é decisiva no processo de adaptação da criança e família à colocação da SGT e no alcance do reequilíbrio. Pois, contribui para o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades da família no cuidado à criança gastrostomizada e/ou da própria criança, quando possível.

Existem distintas intervenções de enfermagem promotoras da adaptação, tais como a adequada transmissão de más notícias, o modelo “M-FAMM”, a educação do cuidador de crianças gastrostomizadas e o acompanhamento domiciliário. Contudo, todas elas se centram na família, inclusive nos irmãos, e têm por objetivo assegurar que o quotidiano da família onde a criança gastrostomizada se insere seja o mais “normal” possível.

Nos estudos incluídos a educação é a intervenção mais frequentemente utilizada, contudo, as estratégias educacionais variam, e a literatura não apresenta consenso sobre se existe ou não um modo superior de educação, e em caso afirmativo qual é. Deste modo, assumem todas elas igual relevância no processo de educação para a saúde, desde que estruturadas, asseguradas pela equipa multidisciplinar e evoquem aspetos promotores de adaptação psicossocial. Futuras pesquisas podem comparar as intervenções educacionais quanto à sua eficácia, intersetando-as com as necessidades educacionais do cuidador.

Globalmente, e embora esta pesquisa acresça conhecimento respondendo à questão de investigação norteadora desta RIL, não determina qual a intervenção de enfermagem mais eficaz, nem a etapa ideal para proceder à capacitação do cuidador.

Desejando a aquisição de melhores resultados, outros estudos podem ser realizados tendo por objetivo determinar qual a intervenção mais adequada em cada etapa do processo adaptativo da criança e família.

Uma vez que a atuação do enfermeiro se demonstrou decisiva em todo o processo, sugere-se um maior investimento na sensibilização, formação e treino dos profissionais sobre as intervenções promotoras de adaptação da criança e família à SGT, assegurando a sua implementação na prática assistencial.

LIMITAÇÕES DA REVISÃO

A generalização deste estudo pode ser limitada devido ao reduzido tamanho das amostras dos estudos incluídos na pesquisa e ao limitado período de tempo de acompanhamento dos participantes nos mesmos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alhaffaf, F. A., Alqahtani, A. S., Alrobyan, A. A., Alqubaisi, S. N., Ahmad, B. A., Almutairi, M. R., Wali, S. A., & Alhebbi, H. A. (2021, Feb). Percutaneous endoscopic gastrostomy in children: A single center experience in Saudi Arabia. *Saudi Med J*, 42(2), 205-208. <https://doi.org/10.15537/smj.2021.2.25692>
- Barry, W. E., Barin, E. N., Marshall, L. C., Doherty, M., Nguyen, E., McLaughlin, C., Kaplan, L., Stein, J. E., & Jensen, A. R. (2018, Oct 1). Preoperative Educational Intervention Decreases Unplanned Gastrostomy-Related Health Care Utilization. *Am Surg*, 84(10), 1555-1559. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/000313481808401003>
- Chocarro, L., González, P., Moreno, A., Barceló, M., & Martino, R. (2019, Jan 2). A grounded theory study of the perceptions and meanings associated with gastrostomies among parents of children with palliative needs. *Int J Palliat Nurs*, 25(1), 19-28. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2019.25.1.19>
- Craig, G. M., Carr, L. J., Cass, H., Hastings, R. P., Lawson, M., Reilly, S., Ryan, M., Townsend, J., & Spitz, L. (2006, May). Medical, surgical, and health outcomes of gastrostomy feeding. *Dev Med Child Neurol*, 48(5), 353-360. <https://doi.org/10.1017/S0012162206000776>
- Estevão-Costa, J. (2014). Vias para Nutrição Artificial na Criança (I): Acessos Entéricos. *Acta Médica Portuguesa*, 27(5). <https://doi.org/10.20344/amp.5312>
- Franken, J., Stellato, R. K., Tytgat, S., van der Zee, D. C., Mauritz, F. A., & Lindeboom, M. Y. A. (2020, Jan). Health-related quality of life in children after laparoscopic gastrostomy placement. *Qual Life Res*, 29(1), 171-178. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02272-z>
- Mårtensson, U., Jenholt Nolbris, M., Mellgren, K., Wijk, H., & Nilsson, S. (2021, Dec). The five aspect meal model as a conceptual framework for children with a gastrostomy tube in paediatric care. *Scand J Caring Sci*, 35(4), 1352-1361. <https://doi.org/10.1111/scs.12957>
- Maselli, K. M., Camacho, L., Delaplain, P. T., Nguyen, M. V. L., Mallicote, M., Philippe-Auguste, M., & Gayer, C. P. (2021). Nurse Practitioner-Managed Clinic Reduces Emergency Department Visits for Parents of Children With Problematic Gastrostomy Tubes. *Journal of Pediatric Surgical Nursing*, 10(2), 56-63. <https://doi.org/10.1097/JPS.0000000000000286>
- Nóbrega, V. M. d., Araújo, M. G. d. F., Coutinho, L. R. P. d. C., Oliveira, C. K. d. N., Dantas, J. C., & Collet, N. (2019). Maternal Experiences in Caring for Children with Gastrostomy: Subsidies

- for the Health Team Performance. *Remex Revista Mineira de Enfermagem*, 23. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20190098>
- Novaes, N. F., & Cunha, A. C. B. (2019). Enfrentamento e Resiliência Familiar na Tomada de Decisão pela Gastrostomia Infantil. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003187678>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hrobjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., Stewart, L. A., Thomas, J., Tricco, A. C., Welch, V. A., Whiting, P., & Moher, D. (2021, Mar 29). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pars, H., & Soyer, T. (2020, Aug). Home Gastrostomy Feeding Education Program: Effects on the Caregiving Burden, Knowledge, and Anxiety Level of Mothers. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*, 44(6), 1029-1037. <https://doi.org/10.1002/jpen.1747>
- Ribeiro, A., Moraes, J., Queiroz, A. B. A., Goes, F. G. B., Silva, L. F. D., & Souza, T. V. (2021). Home care for children with gastrostomy. *Rev Bras Enferm*, 75Suppl 2(Suppl 2), e20200699. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0699>
- Rodrigues, L. D. N., Santos, A. D. S., Gomes, P. P. S., Silva, W., & Chaves, E. M. C. (2020). Construction and validation of an educational booklet on care for children with gastrostomy. *Rev Bras Enferm*, 73(3), e20190108. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0108>
- Rodrigues, L. d. N., Silva, W. C. P. d., Santos, A. d. S., & Chaves, E. M. C. (2019). CHILD CAREGIVER'S EXPERIENCES WITH GASTROSTOMY. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 13(3), 587-593. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i03a236715p587-593-2019>
- Singh, H., Morrison, M., & McIltrout, K. (2021, Nov-Dec). Education Following Pediatric Gastrostomy Tube Placement: An Integrative Review. *J Pediatr Nurs*, 61, 387-393. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.09.015>
- Suluhan, D., Yildiz, D., Surer, I., Fidanci Eren, B., & Balamtekin, N. (2021, Dec). Effect of Gastrostomy Tube Feeding Education on Parents of Children with Gastrostomy. *Nutr Clin Pract*, 36(6), 1220-1229. <https://doi.org/10.1002/ncp.10586>
- Viana, I. S., Silva, L. F. d., Cursino, E. G., Conceição, D. S. d., Goes, F. G. B., & Moraes, J. R. M. M. d. (2018). ENCONTRO EDUCATIVO DA ENFERMAGEM E DA FAMÍLIA DE CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE. *Texto & Contexto Enfermagem*, 27(3), 1-11. <https://doi.org/10.1590/0104-070720180005720016>

ANEXOS

ANEXO I – Certificados de participação em eventos científicos



Hospital da Bonecada



A ASSOCIAÇÃO DE ESTUDANTES DA
NOVA MEDICAL SCHOOL | FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS (AEFCM)
CERTIFICA QUE

Andreia Sofia Jesus Costa

ASSISTIU À PALESTRA

**“A Saúde Mental na Idade Escolar
Desenvolvimento Psicoafetivo Normal e Psicopatologia”**

NO DIA 13 DE ABRIL DE 2021, DAS 18H30 ÀS 20H30



2º Seminário de Investigação do Projeto NIDCare



CERTIFICADO

Certifica-se que Andréia Salvo de Jesus Costa participou no 2º Seminário de Investigação do Projeto NIDCare, subordinado ao tema "Literacia em Saúde e Cuidados Centrados na Família", realizado online no dia 24 de setembro de 2021, com a duração de 6h.





CERTIFICADO DE PRESENÇA

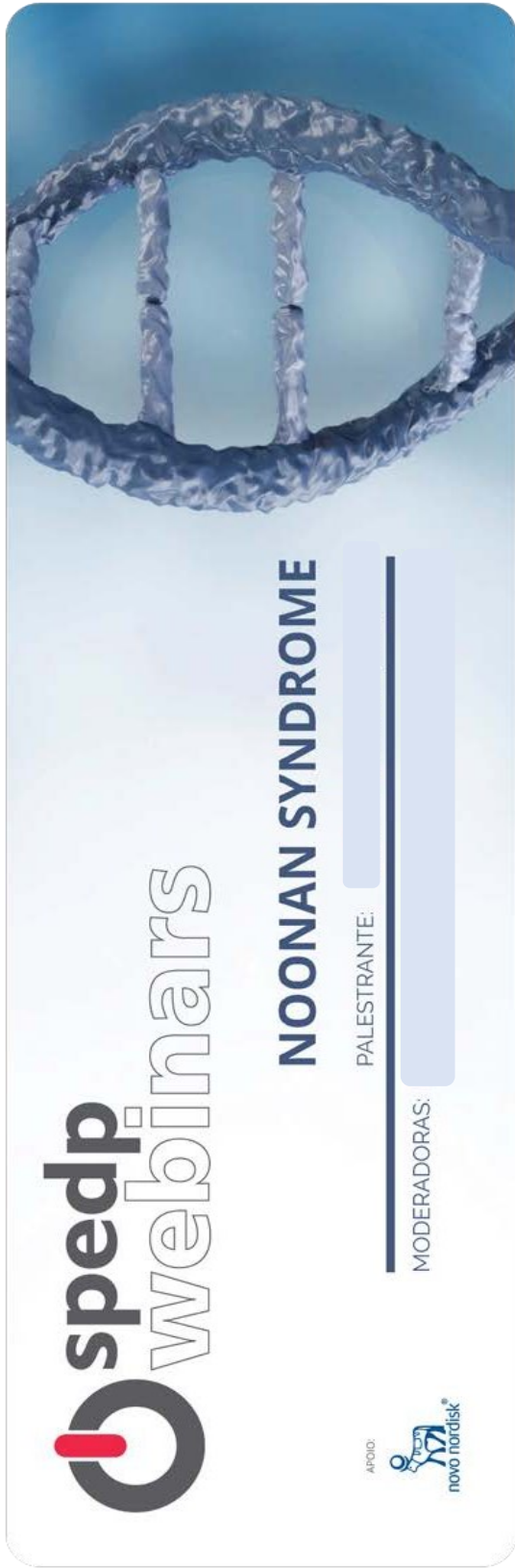
Certifica-se que

Andreia Sofia de Jesus Costa

membro nº ~~64221~~ desta Ordem, esteve presente no ciclo de webinars “**Enfermagem às Quintas**” subordinado à temática “**Cuidados Paliativos #porquetodosimportam: Enfermagem de Cuidados Paliativos Pediátricos**” no dia **14 de Outubro de 2021**, com duração total de 2 horas na Plataforma Digital Cisco Webex Events.

Porto, 18 de Outubro de 2021.

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,35** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Actividades Formativas.




spedp
webinars

NOONAN SYNDROME

PALESTRANTE:

MODERADORAS:

APOIO:
 novo nordisk®

A Sociedade Portuguesa de Endocrinologia e Diabetologia Pediátricas, certifica que o(a) Senhor(a):

Andreia Costa

Participou no Webinar “**Noonan Syndrome**”, que decorreu no dia 21 de Outubro de 2021 das 19h00 às 20h19, tendo assistido a 73 minutos. (*carga horária total da formação: 79 minutos*)



2021
**CURSO
ONLINE** **SPEOS**
**QUALIDADE E SEGURANÇA
DA CRIANÇA DOENTE
EM AMBIENTE HOSPITALAR**

CERTIFICA-SE QUE,

Andreia Costa

PARTICIPOU NO
MÓDULO 4: SEGURANÇA DOS MEDICAMENTOS DE ALTA
VIGILÂNCIA E LASA (LOOK ALIKE SOUND ALIKE)
e GARANTIR O USO SEGURO DE ELETRÓLITOS
CONCENTRADOS
e GESTÃO DOS CARROS DE REANIMAÇÃO:
DO RECÉM-NASCIDO AO ADOLESCENTE

