



CATÓLICA

ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA

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

PARCERIA DE CUIDADOS PARA UMA CAPACITAÇÃO PARENTAL BEM-SUCEDIDA

PARENTAL CARE PARTNERSHIP FOR SUCCESSFUL PARENTAL EMPOWERMENT

Por Vânia Sousa Medeiros



CATÓLICA

ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA

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

PARCERIA DE CUIDADOS PARA UMA CAPACITAÇÃO PARENTAL BEM-SUCEDIDA

PARENTAL CARE PARTNERSHIP FOR SUCCESSFUL PARENTAL EMPOWERMENT

Por Vânia Sousa Medeiros

Sob Orientação da Professora Doutora Margarida Lourenço e
Professora Doutora Sílvia Caldeira

Lisboa, Janeiro 2024

*"Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no
mar.*

Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota..."

Madre Teresa de Calcutá

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais pelo apoio incondicional em todo este percurso, e pelo incentivo, desde pequena, a procurar crescer cada vez mais enquanto pessoa e profissional, e por me terem dado ferramentas e incentivo desde o Curso de Licenciatura em Enfermagem.

Obrigada, Mãe, por ter sempre refeições prontas em casa! Por seres colo, incentivo e Amor!

Diana e Andreia, obrigada por serem pilar, por serem colo, por serem amigas irmãs que me motivaram ao longo de todo este percurso e, acima de tudo, não me deixaram ir abaixo.

Magda e Norby, não só colegas de trabalho, mas verdadeiros amigos que souberam sempre preservar a minha boa disposição mesmo nos dias difíceis.

Figueiredo e Huguinho! Obrigada por sempre acolherem as minhas dúvidas e tranquilizarem a minha mente inquieta com uma mistura de assertividade e boa disposição.

Joana! Que bela equipa formámos, mesmo quando já estávamos no limiar de cansaço e paciência para desenvolver o nosso trabalho. Conseguimos!

Aos meus amigos e aos colegas de trabalho que sempre se mostraram disponíveis para me amparar e encorajar nos momentos difíceis.

Às Senhoras Enfermeiras Especialistas J.L., R.S e C.P, por todo o apoio, disponibilidade e partilha de conhecimento e experiências, que contribuíram para o meu crescimento profissional.

À Excelentíssima Senhora Professora Doutora Margarida Lourenço, por me ter guiado de forma tão exemplar ao longo deste ciclo de estudos, por ter acreditado no tema e por estar sempre disponível para aconselhar e refletir ideias comigo.

À Excelentíssima Senhora Professora Doutora Sílvia Caldeira, pela sua forma objetiva de tão bem nos guiar neste ciclo de estudos. Tão preciosa que foi a sua ajuda, bem como o “espicaçar” nos momentos de bloqueio... Obrigada!

Por último, e não menos importante, um Obrigada a todas as crianças e família, com quem tive o privilégio de conviver ao longo deste percurso e que tanto me ensinaram.

Obrigada!

RESUMO

Este relatório de estágio foi desenvolvido no decorrer do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório. Este estágio foi realizado em três contextos: Serviço de Urgência Pediátrica, Internamento de Pediatria e Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados. A temática abordada no decurso do mesmo assenta na importância da Parceria de Cuidados entre enfermeiro e pais rumo a uma Capacitação Parental bem-sucedida. Ao longo deste relatório, pretende-se analisar, de forma reflexiva, a aquisição e desenvolvimento de competências comuns de Enfermeiro Especialista, bem como, as específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), conforme estabelecido pela Ordem dos Enfermeiros, e as competências de mestre de acordo com os Descritores de Dublin.

Ao longo dos anos da minha prática profissional em contexto de Neonatologia, procurei sempre incluir os pais na prestação de cuidados com objetivo de se sentirem capacitados e seguros para levar o seu filho para casa, mesmo que com algumas necessidades especiais associadas. Neste ciclo de estudos, pretendi, assim, refletir e aliar a evidência científica para fundamentar a importância desta prática de cuidados em todas as valências que incluem o cuidar da criança.

Para sustentar o tema e orientar as intervenções de enfermagem realizadas, foi adotado como referencial teórico o Modelo de Parceria de Cuidados de Enfermagem em Pediatria, desenvolvido por Mendes (2013). Este modelo salienta a importância do Processo de Parceria e da Natureza do Cuidado, que requer o desenvolvimento de estratégias de comunicação e o estabelecimento de uma relação de confiança, de modo a atingir sucesso no processo de negociação e, consequentemente, a capacitação parental.

Através da revisão sistemática de literatura realizada, verificou-se que a intervenção de enfermagem “*Capacitar*” implica, sempre, um processo de Ensinar, Instruir, Treinar e Supervisionar em parceria com os pais da criança. Este envolvimento, resulta numa maior segurança dos cuidadores durante a prestação de cuidados aos seus filhos, uma vez que permite melhorar e consolidar conhecimentos.

As intervenções de enfermagem passam, maioritariamente, pela garantia de planos de cuidados individualizados, métodos educativos para consolidação de ensinamentos, nomeadamente, entrega de guias ilustrados e vídeos educativos, bem como treino em sessões de educação para a saúde.

Assim, conclui-se que envolver os pais na prática de cuidados à criança, aumenta a sua confiança, satisfação e empoderamento, tornando o processo de capacitação mais eficiente.

Palavras-Chave: capacitação parental, parceria de cuidados, intervenção de enfermagem, pediatria

ABSTRACT

This report was developed during the master's Course in Child and Pediatric Nursing, in which the main theme is the importance of parental care partnership between nurses and caregivers towards successful Parental empowerment. Throughout this report, we intend to describe and analyze the acquisition and development of common skills of a pediatric nurse with a master's degree.

Over the years of my professional practice in neonatology, I have always tried to include parents in the provision of care so that they feel empowered and safe to take their child later home, even when there are some associated special needs. In this degree, I intended to reflect and use scientific evidence to inform practice in all aspects including childcare.

The Model of Nursing Care in Pediatrics (Mendes, 2013), was adopted as the theoretical framework to support the main theme and to guide the nursing interventions. This model stresses the importance of parents/nurse partnership and the nature of care, based on developing communication strategies and establishing a relationship of trust to achieve success in the negotiation process and consequent parental training.

The systematic literature review that was conducted concluded that "*Empowering*" is a nursing intervention that comprises Teaching, Instructing, Training and Supervising in partnership with the child's parents, towards a greater security for caregivers while providing care to their children, allowing to improve and consolidate knowledge.

Nursing interventions mostly involve individualized care plans, and educational methods for consolidating teaching, namely, the delivery of illustrated guides and educational videos, as well as training in health education sessions.

Thus, it is concluded that involving parents in care increases their confidence, satisfaction, and empowerment, making this process more efficient.

Keywords: parental empowerment, care partnership, nursing intervention, pediatrics

SIGLAS E ABREVIATURAS

Siglas

CESIJ – Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ESIP - Equipa de Suporte Integrado Pediátrico

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Programa Nacional de Vacinação

SO – Serviço de Observação

SUP – Serviço Urgência Pediátrica

UCEP – Unidade de Cuidados Especiais Pediátricos

UCP - Universidade Católica Portuguesa

UMAD – Unidade Móvel de Apoio Domiciliário

WHO – *World Health Organization*

Abreviaturas

Enf.^a/Enf.^o - Enfermeira/o

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Estratégia de pesquisa e termos usados na <i>scoping review</i> (22.04.2022).....	23
Quadro 2 - Resultados dos estudos incluídos na <i>Scoping Review</i>	73

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma segundo PRISMA para seleção e processo de inclusão dos estudos na <i>scoping review</i> (Page, 2020).....	26
---	----

ÍNDICE GERAL

1. Introdução.....	18
2. Referencial teórico – Visão de um modelo de parceria de cuidados (Goreti Mendes).....	22
3.Revisão de Literatura (<i>Scoping Review</i>).....	28
4.Análise e reflexão sobre percurso de desenvolvimento de competências	42
4.1. Serviço de Urgência Pediátrica (SUP).....	43
4.2. Internamento de Pediatria.....	51
4.3. Cuidados de Saúde Primários	58
5. Conclusão.....	68
6. Referências Bibliográficas	72
Apêndice I – Resultados dos estudos incluídos na <i>scoping review</i>	82
Apêndice II – Folheto Digital sobre Lavagem Nasal	92
Apêndice III – Folheto Digital sobre Febre.....	104
Apêndice IV – Guia “Cuidar da Criança com Gastrostomia”	116
Apêndice V – Questionário de Avaliação do Guia “Cuidar da Criança com Gastrostomia”	137
Apêndice VI – Norma de Procedimento “Gastrostomias em Idade Pediátrica”	141
Apêndice VII – Cartaz Divulgação Sessões de Educação para a Saúde	149
Apêndice VIII – Plano de Sessão “Como atuar em caso de febre e também do nariz entupido – prevenir a ida à urgência”	153
Apêndice IX – Diapositivos Sessão de Educação para a Saúde sobre Lavagem Nasal	157
Apêndice X – Kit de Lavagem Nasal para oferta aos pais/cuidadores	169
Apêndice XI – Diapositivos Sessão de Educação para a Saúde sobre Febre.....	173
Apêndice XII – Folheto Informativo sobre Febre dos 0 aos 6 meses	185
Apêndice XIII – Questionário Avaliação Sessão de Educação para a Saúde sobre Lavagem Nasal e Febre	189
Apêndice XIV – Plano de Sessão “Vamos falar sobre amamentação?”	193
Apêndice XV – Diapositivos Sessão de Educação para a Saúde sobre Amamentação.....	197
Apêndice XVI – Questionário Avaliação Sessão de Educação para a Saúde sobre Amamentação	209
Apêndice XVII – Poster “Capacitar os pais de crianças ostomizadas para autonomia do papel parental: <i>Scoping Review</i> ”	213

ANEXO I – Certificado de Participação com Poster Científico no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem: Enfermagem Especializada – Uma Voz para o Humanismo	217
---	-----

1. INTRODUÇÃO

Este Relatório de Estágio enquadra-se no âmbito da Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório, integrada no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, que decorreu no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (UCP). O seu propósito é apresentar uma análise reflexiva – suportada na evidência científica disponível - sobre a experiência vivenciada, baseada em evidência científica disponível, nos diferentes contextos de estágio, evidenciando, não só os objetivos propostos e respetivas atividades, bem como a identificação das competências desenvolvidas, no âmbito da área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

A Ordem dos Enfermeiros define o Enfermeiro Especialista como aquele a quem se reconhecem competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem especializados na respetiva área de especialidade. Pressupõe que este desenvolva as dimensões de educação para a saúde dos clientes e dos seus pares, desenvolva competências de liderança e assuma a responsabilidade de melhorar de forma contínua a prática da enfermagem através da investigação e disseminação de conhecimento (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A maior parte do meu percurso profissional, enquanto Enfermeira de Cuidados Gerais, foi a trabalhar num Serviço de Neonatologia com Cuidados Intensivos e Intermédios. Ao fim de uns anos, e reconhecendo a importância da formação contínua para a aquisição, desenvolvimento e consolidação de novas competências decidi, então, frequentar o Curso de Mestrado de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

O Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica deve centrar os seus cuidados na criança e família, tendo como missão promover o mais elevado estado de saúde possível da criança ou jovem em qualquer contexto em que esta se encontre. Para tal, deve trabalhar em parceria com a criança ou jovem,

estejam saudáveis ou doentes, e a sua família, proporcionando educação para a saúde e mobilizando recursos de suporte que sejam necessários (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Assim sendo, é essencial a prática de cuidados de enfermagem basear-se em modelos e teorias, uma vez que suportam o desenvolvimento do corpo de conhecimentos específicos de enfermagem e, conseqüentemente, fundamentam a intervenção dos enfermeiros nos diferentes contextos de cuidados. No decorrer do meu percurso de trabalho, procurei basear a minha prática em modelos que tenham enfoque na família e na importância de uma parceria de cuidados contributiva para a capacitação parental. Assim sendo, decidi adotar como referencial teórico durante este ciclo de estudos o modelo desenvolvido por Mendes (2013) – **Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria**, que retomarei adiante para melhor justificação.

A escolha do tema em estudo tem por base a importância do estabelecimento de uma **parceria de cuidados** entre enfermeiros e pais de forma a conduzir a uma **capacitação parental bem-sucedida**. Centra-se assim, no contributo que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) tem no estabelecer de uma relação de confiança com a criança e com os pais, e na identificação das suas reais necessidades, de forma a traçar planos de cuidados personalizados que respeitem o tempo de aprendizagem de cada um.

No decorrer do meu percurso profissional, sou confrontada com inúmeras reflexões diárias acerca do quão importante é capacitar os pais para cuidarem dos seus filhos com maior confiança, autonomia e destreza, levando-me a crer que devemos aceitar os pais enquanto parceiros de cuidados, pois permite uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados (através da partilha de conhecimentos) e, conseqüentemente, um maior reconhecimento por parte destes (que é frequentemente demonstrado e verbalizado aquando o momento da alta).

Esta parceria é também evidenciada no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), ao defender como aspeto prioritário, o reconhecimento e importância da capacitação dos pais, ou outros adultos de referência, enquanto primeiros prestadores de cuidados (DGS, 2013).

Neste sentido, os enfermeiros são profissionais centrais nas Unidades de Cuidados de Saúde Primários, mas também no Hospital, revelando-se como fundamentais na promoção dos cuidados parentais através da educação e promoção da saúde, no acompanhamento do desenvolvimento das crianças e suas famílias, bem como na capacitação em processos de doença que necessitem de adaptação e aquisição de novas competências. Assim, o EEESIP tem uma importante responsabilidade em facilitar e promover junto dos pais, o aumento do nível de conhecimentos e motivação, conduzindo, assim, a um favorecimento do exercício da parentalidade (Ramos, Vilaça & Mendes, 2020).

Em suma, a frequência deste ciclo de estudos centrou-se no desenvolvimento de competências de EEESIP na capacitação dos pais/cuidadores, através do reconhecimento de necessidades de aprendizagem e da implementação de intervenções que conduzam à promoção da saúde e melhoria da qualidade dos cuidados prestados, reconhecendo e reforçando os seus pontos fortes e empoderando-os para a resolução de problemas.

Culmina ainda na obtenção do grau de mestre que, segundo o descrito na alínea b) do ponto 1 do Artigo 20º do Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2016, p. 3176), especifica a necessidade de realizar “(...) um estágio de natureza profissional objeto de relatório final (...)” para posterior discussão pública.

Esta unidade curricular desenvolveu-se em três contextos de estágio diferentes:

- Serviço de Urgência Pediátrica;
- Serviço de Internamento de Pediatria;
- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários).

Em cada um dos contextos de estágio foi desenvolvido um projeto, que pretendeu delinear a forma de concretizar os objetivos específicos e atividades a desenvolver em contexto da prática clínica, assim como os respetivos instrumentos de avaliação, com vista ao desenvolvimento de competências de EEESIP.

Foi utilizada a metodologia de projeto, cujo objetivo principal é promover uma prática fundamentada e baseada em evidência através da pesquisa, análise e a

resolução de problemas reais do contexto. Ao ser constituída por cinco etapas - diagnóstico de situação; definição de objetivos; planeamento; execução e avaliação, bem como divulgação dos resultados (Ferrito, *et al*, 2010), – permite traçar uma linha orientadora para a aquisição de capacidades e competências pela elaboração de projetos num contexto prático e real.

Para uma melhor sistematização e organização do relatório, optei por dividi-lo em cinco capítulos. O primeiro corresponde à presente introdução, onde é explanado o tema desenvolvido neste ciclo de estudos bem como a sua pertinência. O segundo capítulo é referente ao enquadramento teórico, onde é apresentado o referencial teórico que sustenta a base deste relatório. No terceiro capítulo, é apresentada a revisão de literatura e respetiva aplicação de resultados no contexto da prática. No quarto capítulo é realizada uma breve caracterização dos contextos de estágio, o diagnóstico de situação e respetivos objetivos e atividades desenvolvidas, de forma a poder depois realizar uma análise reflexiva das competências de EESIP adquiridas.

No quinto e último capítulo é apresentada a conclusão, onde são apresentadas algumas considerações globais sobre o decorrer desta unidade curricular e sua implicação na minha prática profissional diária. É também onde se sintetizam as principais ideias de todo o relatório, bem como as dificuldades e constrangimentos sentidos. Por fim, são apresentadas as Referências Bibliográficas de acordo com a Norma APA 7 e, como Apêndices e Anexo, estão incluídos todos os documentos mencionados ao longo do relatório.

2. REFERENCIAL TEÓRICO – VISÃO DE UM MODELO DE PARCERIA DE CUIDADOS (GORETI MENDES)

O EEESIP tem como missão prestar cuidados especializados com segurança e competência à criança saudável ou doente, proporcionar educação para a saúde, assim como identificar e mobilizar recursos de suporte à criança e sua família. Tem como propósito o trabalho em parceria com a criança/jovem e família, em qualquer contexto em que ela se encontre, de forma a promover o mais elevado estado de saúde possível (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Em pediatria, a filosofia que deve sustentar a prática, é a dos cuidados centrados na família. Os cuidados orientados para uma parceria de cuidados entre enfermeiros e criança e família, pressupõem um benefício mútuo e que pode ser aplicado em qualquer contexto de cuidados. Estes cuidados devem considerar as necessidades não só das crianças, mas também das famílias, de forma a capacitar e promover o desenvolvimento e bem-estar de todas as partes envolvidas (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), a família é definida como “grupo: unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade; afinidade; relações emocionais ou legais; sendo a unidade ou o todo considerado como um sistema que é maior do que a soma das partes” (ICN, 2018, p.63). Durante o crescimento, as crianças são dependentes da família, sendo assim de extrema relevância, **capacitar** e **empoderar** os pais/família para responder às necessidades das crianças.

Para melhor compreender estes conceitos, de **empowerment** como “a interação entre os profissionais e as famílias de tal modo que elas conservem ou conquistem um sentido de controlo sobre as suas vidas e falam mudanças positivas que deem origem a comportamentos de ajuda que estimulem os seus próprios prontos fortes, aptidões e ações” e definem **capacitação** como “a oportunidade para todos os membros da família revelarem as suas atuais aptidões e competên-

cias e adquirirem novas necessárias para atender às necessidades da-criança e da família” (Hockenberry & Wilson, 2015, p.8).

Desta forma, o conceito de empoderar relaciona-se com o conceito de **capacitar**, referindo-se à ação de tornar alguém capaz de desempenhar uma determinada atividade, ou de dar a alguém o poder de decisão, podendo, assim, ter um maior controlo e satisfação sobre a sua vida pessoal. Assim, os enfermeiros têm como importante missão comunitária, capacitar os pais de acordo com as suas necessidades e de forma a promover a sua autonomia e confiança (WHO, 1998).

A falta de capacitação gera ansiedade e atua como elemento stressor no seio das famílias, pelo que é necessário desenvolver e aplicar intervenções de enfermagem que permitam capacitar eficazmente os pais, de forma que se sintam seguros e aptos a gerir a dinâmica de cuidados necessários.

Assim, acreditando na parceria terapêutica com a criança e a sua família, e tendo em mente o atual paradigma de cuidados de saúde, é importante reforçar as ações no âmbito da capacitação parental. Estas dão enfoque à educação para a saúde, com reconhecimento do potencial dos cuidadores, na realização de intervenções que conduzem à interdependência criança/família e ambiente, considerando os fatores protetores e stressores associados às suas vivências.

Aquando do surgimento dos primeiros hospitais pediátricos, todas as crianças que necessitavam de cuidados eram afastadas das famílias para poderem ser internadas e receber os tratamentos necessários, sendo que não eram incluídas no plano prestação de cuidados e apenas tinham direito a visitas curtas.

Com o avançar dos anos, e através do aumento do conhecimento, surgiram estudos que reconhecem que o bem-estar psicológico da criança é afetado positivamente com a presença dos pais. Assim, foram introduzidas mudanças e traçadas novas linhas orientadoras para os cuidados de saúde de crianças hospitalizadas, bem como os seus direitos e das suas famílias.

Em 1988, Anne Casey desenvolveu um modelo de parceria de cuidados sustentado na filosofia de que são os pais que prestam os melhores cuidados à criança uma vez que são cuidados envoltos de amor, estímulo e proteção, cujo objetivo é proporcionar um melhor crescimento e desenvolvimento (Casey, 1995).

Este modelo está assente em cinco aspetos principais: a criança, a família, a saúde, o ambiente e a enfermagem. A família tem um papel de destaque, embora a implementação do seu modelo implique que exista um processo de negociação,

cuja premissa é o respeito pelos desejos da criança e família, assim como o respeito pelas suas necessidades. Sendo que as crianças habitualmente se apresentam como um indivíduo dependente de outros para satisfazer as suas necessidades fundamentais, os pais são incentivados a prestar todos os cuidados habituais e, em algumas circunstâncias, a realizar alguns cuidados especializados e complexos que carecem de ensino, instrução e treino, com supervisão do enfermeiro (Lee, 1998). Segundo Casey (1993), este processo de capacitação é da responsabilidade do enfermeiro, através de apoio, ensino e encaminhamento da família de forma a satisfazerem as necessidades das crianças. Para tal, o enfermeiro deve adotar uma postura flexível, respeitando a individualidade de cada criança e família, de forma a poder orientar e apoiar nas suas necessidades específicas.

Com o processo de capacitação dos pais, cria-se um ambiente propício a que os pais se sintam seguros, confiantes e com sentimento de utilidade; para a criança, surgem sentimentos também de segurança e proteção; para os enfermeiros, permite um maior conhecimento da criança e a garantia de que ela está sob vigilância constante (Monteiro & Cerqueira, 2020).

Ao longo dos anos, o conceito de parceria tem vindo a ser cada vez mais utilizado na saúde. Sabe-se que este implica a partilha mútua de conhecimento e experiência de forma a atingir o objetivo comum, do enfermeiro e dos pais, que é centrado nas necessidades da criança. No entanto, é importante referir que o processo de tomada de decisão dos pais deve ser respeitado e ser alvo de negociação. Implica perceber até onde os pais querem ser envolvidos no processo de aprendizagem, mas também na execução e avaliação dos cuidados (Utami & Kep, 2012).

Tendo por base o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, Mendes (2013) aprofundou e aplicou conhecimentos e experiência de modo a fundamentar um Novo Modelo de Parceria de Cuidados. Neste modelo, definem-se duas unidades temáticas – **Processo de Parceria** e **Natureza do Cuidado**. Relacionado com o processo de parceria, surgem as categorias de Negociação e de Planeamento. Destas categorias, emergem subcategorias: condicionantes, processo de desenvolvimento e resultados (negociação) e identificação de problemas e acordo nas intervenções (planeamento). Respeitante à natureza dos cuidados, estes podem ser interativos e/ou partilhados (Mendes, 2013).

Este modelo está assente num eixo que tem por base a negociação com os pais ao longo de todo o processo de cuidados à criança, devendo ser considerado como uma filosofia de trabalho. Assim sendo, deve ser promovida uma concetualização e organização dos cuidados, bem como perceber as dificuldades e constrangimentos inerentes ao processo de negociação da parceria de cuidador. Para atingir estes pressupostos, Mendes (2013) defende que se devem mobilizar recursos de modo a desenvolver habilidades de comunicação e relação interpessoal, definir claramente o papel dos envolvidos no processo de parceria e usar simetria de poder na relação para atingir um sucesso na negociação.

Neste sentido, os cuidados negociados implicam que se estabeleça uma relação terapêutica com os pais e também com as crianças, que tenha por base a confiança e respeito mútuos, permitindo assim o delinear de um plano de cuidados individualizado. O facto de os pais poderem participar na prestação de cuidados consoante as suas habilitações e desejos, também é um aspeto contributivo na fase de negociação, e que conduz ao sucesso e satisfação de ambas as partes intervenientes na parceria (Mendes & Martins, 2012). Contudo, é fundamental também clarificar o papel de cada interveniente para delinear e organizar o plano de cuidados em parceria.

Tal como Anne Casey defendeu em 1993, Mendes (2013) reconhece e valoriza a importância da presença da família, e o respeito pelo conhecimento que a mesma possui acerca da criança, motivos pelos quais, a família é considerada como um recurso para prestar mais e melhores cuidados. O facto de os pais poderem estar presentes e envolvidos no processo de cuidados ao filho, permite uma maior proximidade, uma maior acessibilidade aos dados promovendo, assim, uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados.

Este Modelo de Parceria de Cuidados apenas tem resultados demonstrados em contexto de internamento, conforme os resultados apresentados no trabalho desenvolvido por Mendes (2013). No entanto, com o internamento cada vez mais reduzido após o nascimento de uma criança, os pais têm cada vez menos tempo e oportunidade para se prepararem para cuidar deste novo ser. Além disso, existem também muitas famílias que estão deslocadas da sua terra natal e longe de uma rede de apoio que possa dar suporte e ajudar nos primeiros tempos após o nascimento de uma criança. Nestas situações, os EEESIP, com especial destaque para os que exercem funções nos cuidados de saúde primários, têm uma

oportunidade única e determinante para intervir, uma vez que a implementação de um modelo de parceria de cuidados permite promover a capacitação parental e contribuir, de uma forma positiva não só para o crescimento e desenvolvimento saudável da criança, como também para tranquilizar os pais ao longo do processo.

3. REVISÃO DE LITERATURA (*SCOPING REVIEW*)

Esta revisão de literatura foi criada em parceria com uma colega Mestranda, com intuito de contribuir para o aprofundamento da temática em estudo e para o desenvolvimento de competências no âmbito da investigação. A minha questão principal centrava-se na importância da enfermagem para a capacitação parental; a questão da minha parceira de trabalho académico era em torno da capacitação das famílias de crianças com ostomia. Assim sendo, e numa conciliação de interesses, direccionámos a questão desta revisão de literatura, para uma população muito específica.

Existem vários estudos desenvolvidos que demonstram que o número de crianças com doença crónica tem vindo a aumentar e, entre elas, também a dependência tecnológica. A condição de saúde alterada da criança, seja permanente ou temporária, interfere em toda a dinâmica familiar. Exemplo disso, são as crianças com ostomia. Estas, apresentam alterações no seu dia-a-dia devido a alterações fisiológicas, psicológicas e sociais, que podem gerar nos pais sentimentos de irritabilidade, frustração, ansiedade e culpa. Desta forma, é importante que os profissionais de saúde entendam a **capacitação parental**, como essencial para a autonomia do papel parental face à nova condição de saúde da sua criança (Zacarin, C. et al, 2018).

Sendo a doença crónica de uma criança altamente impactante na dinâmica familiar, o enfermeiro, mais particularmente o EESIP, tem a importante missão de “cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.2). Pretende-se, assim, com esta revisão de literatura dar resposta a uma das competências específicas preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros.

Independentemente da população em estudo, os resultados obtidos nesta revisão, permitiram compreender o fenómeno da importância da capacitação parental e que estratégias podem ser utilizadas para obter os melhores resultados,

transferindo esses conhecimentos, e colocando-os em prática, nos estágios que realizei posteriormente.

Introdução

A criança com ostomia é uma criança com necessidades especiais de saúde, e encontra-se intimamente dependente de tecnologia. Estas necessidades especiais de saúde podem ser de natureza temporária ou permanente, com uma pluralidade de diagnósticos médicos, bem como dependência contínua dos serviços de saúde e de diferentes profissionais, devido à fragilidade clínica (Neves & Cabral, 2009).

A criança ostomizada, caracteriza-se por, devido a vários fatores (anomalias congénitas, doença súbita, progressão de doença crónica, trauma, entre outros), ter que ser sujeita a uma ostomia (abertura artificial de qualquer víscera oca no corpo criada cirurgicamente) (Martins ML, Pereira VC, Fangier A, *et al.* 2006) para manutenção das suas funções vitais, seja para respirar (traqueostomia) (Blount, M. 2021), seja para alimentar-se (gastrostomia, jejunostomia) (Suluhan, D *et al* 2021), seja para eliminação de efluentes (intestinal - colostomia, ileostomia; urinário - urostomia, nefrostomia, vesicostomia) (Leite, R *et al*, 2016), na qual necessita, impreterivelmente, de dispositivos adequados para manutenção do seu bem-estar.

Existem na literatura alguns estudos epidemiológicos acerca das crianças ostomizadas, porém, estes são muito restritivos na população. Focam-se em crianças com um tipo de ostomia específico e numa dimensão geográfica muito limitada, pelo que se pode concluir que é desconhecida a dimensão da população de crianças ostomizadas a nível mundial (Stetzer, 2021).

Dos resultados dos vários estudos desenvolvidos, pode afirmar-se que tem vindo a aumentar o número de crianças com doenças crónicas com dependência tecnológica, nas quais podemos incluir as crianças ostomizadas. Estes estudos demonstram que os internamentos destas crianças são mais prolongados, onerosos e com maior probabilidade de ocorrência de morte. Salientando, ainda, a existência de uma fragmentação e falta de coordenação entre prestadores de cuidados, que são agravadas quando existe dependência de tecnologia, o que constitui um fator desestabilizador para as crianças e famílias (Boat *et al*, 2017; Viana, *et al*, 2018; Lacerda, *et al*, 2019).

A condição de saúde alterada da criança, seja permanente ou temporária, interfere em toda a dinâmica familiar. A criança ostomizada apresenta alterações no seu dia-a-dia devido a alterações fisiológicas, psicológicas e sociais, que podem gerar nos pais sentimentos de irritabilidade, frustração, ansiedade e culpa (Rémi-Hueckel, 2015).

Estas crianças, independentemente do tipo de ostomia, passam por um processo de hospitalização durante o qual são sujeitas a procedimentos invasivos e traumáticos, tornando-as vulneráveis a alterações emocionais. Como resultado desta situação, estas crianças e os seus pais/cuidadores, vêm-se confrontadas com a necessidade de adquirir rapidamente um conjunto de competências específicas acerca dos cuidados inerentes ao tipo de ostomia, o que requer a intervenção do enfermeiro na sua capacitação (Rémi-Hueckel, 2015).

A capacitação parental neste contexto é essencial para o desenvolvimento e autonomia do papel parental face à nova condição de saúde da criança (Zacarin, C. *et al*, 2018). O papel parental adequado caracteriza-se por *interagir de acordo com as responsabilidades de ser mãe/pai; internalizar as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de mãe/pai, expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos, valores; sobretudo em relação à promoção do crescimento e desenvolvimento ótimos de um filho dependente* (ICN, 2018).

Uma capacitação parental eficaz evidencia uma diminuição das complicações e recorrências ao hospital, bem como reinternamentos. Promove a independência e autonomia familiar, permite uma normalização da vida da criança e da sua família, e uma maior aceitação da ostomia por parte dos pais, potenciada pela sensação de controlo e consequente diminuição da ansiedade (Batalla, M., 2018).

O enfermeiro tem um papel fundamental na capacitação dos pais/cuidadores destas crianças, até que elas próprias sejam independentes no seu cuidado, ou em muitas situações até à idade adulta, uma vez que a construção de alguns estomas é definitiva e, nestes casos, estão associados a crianças/jovens com outros tipos de dependência física que se prolonga para a vida adulta (Santos, C., 2015). Existem linhas orientadoras para o cuidado à pessoa ostomizada, no entanto, na sua grande maioria, o foco é o adulto ostomizado. Naquelas cujo foco é a criança ostomizada, a capacitação dos pais, embora seja abordada de forma

estruturada, existe pouca evidência acerca das intervenções de enfermagem aplicadas, sendo estas mais direcionadas para crianças com um determinado tipo de ostomia (Batalla, M et al, 2018; Forest-Lalande, L et al, 2018; Santo I & Silva C, 2022). Assim, torna-se necessário mapear na literatura científica as intervenções de enfermagem, que capacitam os pais de crianças ostomizadas, (independentemente do tipo de ostomia) para a autonomia do papel parental.

Objetivo

O objetivo desta *Scoping Review* é mapear a evidência disponível sobre a intervenção de enfermagem capacitar os pais de crianças ostomizadas para a autonomia do papel parental, em qualquer contexto de cuidados de saúde.

Método

Esta revisão foi elaborada de acordo com as recomendações do Joanna Briggs Institute (JBI) para análises *scoping* e segundo os critérios definidos no checklist PRISMA for scoping review Extension Fillable Checklist (PRISMA-ScR) (Aromataris, 2020).

A estratégia de pesquisa foi realizada em **três** fases: (quadro 1)

Numa primeira fase foi feita uma pesquisa nas bases de dados eletrônicas Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) e na Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), através da plataforma EBSCOhost, de forma a explorar o tema e a identificar os termos e palavras-chave mais comuns contidas no título e resumo dos artigos, cujos termos foram previamente validados.

Seguidamente, foi feita a pesquisa principal nas bases de dados eletrônicas Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e na PubMed, através da plataforma EBSCOhost utilizando os descritores e as palavras-chave previamente identificadas, juntamente com os operadores booleanos (AND e OR), no dia 22 de maio de 2022. As estratégias de pesquisa completas são apresentadas no Quadro 1.

Por último, de forma a complementar a análise, foi realizada pesquisa de literatura cinzenta, no Google Académico e Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD).

Quadro 1- Estratégia de pesquisa e termos usados na scoping review (22.04.2022)

Bases de dados	Estratégia de pesquisa e termos usados / Algoritmos	Artigos (nº)
CINAHL	(MH (parents OR mothers OR fathers OR caregivers)) AND (MH (empowerment OR "parenting education" OR "learning methods" OR "family centered care" OR "nursing intervention" OR nurs*)) AND ((MH ("child, disabled" OR "child, medically fragile")) OR (TX ("ostomy education" OR "ostomy care nursing" OR "children with special health needs" OR "technology-dependent child" OR "ostomized child" OR ostomy OR "ostomy care"))))	123
MEDLINE	(MH (family OR parents OR mothers OR fathers OR caregivers)) AND (MH empowerment OR nursing OR nurs* OR education OR parenting OR "pediatric nursing") AND (MH (ostomy OR "surgical stomas") OR TX ("ostomy care nursing" OR "ostomy education" OR "ostomy care" OR "ostomized child"))	38
PubMed	(((((family[MeSH Terms] OR (parents[MeSH Terms]) OR (mothers[MeSH Terms]) OR (fathers[MeSH Terms]) OR (caregivers[MeSH Terms]) AND (english[Filter] OR portuguese[Filter] OR spanish[Filter])) AND (((empowerment[MeSH Terms] OR (nursing[MeSH Terms]) OR (education[MeSH Terms]) OR (parenting[MeSH Terms]) OR ("pediatric nursing"[MeSH Terms]) AND (english[Filter] OR portuguese[Filter] OR spanish[Filter])))) AND (((ostomy[MeSH Terms] OR ("surgical stomas"[MeSH Terms]) OR ("ostomy care nursing"[Text Word]) OR ("ostomy education"[Text Word]) OR ("ostomy care"[Text Word])	114

Os critérios de inclusão foram definidos segundo a mnemónica PCC (P – População, C – Conceito e C – Contexto). Foram considerados os estudos cuja população (P) seja constituída por pais de crianças ostomizadas, independentemente do tipo de ostomia, nomeadamente, respiratória, de alimentação, de eliminação vesical e de eliminação intestinal. Não havendo quaisquer restrições de género, etnia, cultural ou características individuais. Relativamente à faixa etária da criança ostomizada, considerou-se do nascimento aos 21 anos de idade devido à sua condição de doença crónica, incapacidade e/ou deficiência (Ordem dos Enfermeiros, 2015b) e, como referido anteriormente, a construção de alguns estomas está associada a crianças com outros tipos de dependência física que se prolonga para a vida adulta (Santos, C., 2015).

Esta análise considerou estudos cujo conceito (C) foi a intervenção de enfermagem capacitar, nomeadamente de habilidades práticas associadas a treino, prática e exercício, nos pais de crianças ostomizadas (ICN, 2018).

Foram ainda considerados todos os contextos (C) onde são prestados cuidados de saúde à criança ostomizada, nomeadamente, contexto hospitalar, ambulatório, comunitário e/ou remotamente (on-line).

Esta revisão *scoping* considerou estudos quantitativos (quasi-experimentais, observacionais prospectivos e retrospectivos, caso-controle e transversais analíticos), estudos qualitativos, mistos e revisões sistemáticas. De forma a perceber a evolução do tema em análise ao longo do tempo, não foi atribuído limite temporal. Foram considerados estudos publicados em português, inglês e espanhol.

Com base na estratégia apresentada, foram identificados estudos através das bases de dados Cinahl Complete (n=123), Medline Complete (n=38) e PubMed (n=114). Na BDTD foram identificados 10 estudos e no Google Académico 16. Após a pesquisa, todos os resultados foram agrupados e carregados no aplicativo web para revisões sistemáticas Rayyan e removidos os duplicados.

Foi construída uma tabela em excel para validação dos critérios de inclusão previamente definidos e os estudos foram selecionados por dois revisores independentes. No processo de seleção dos estudos foi utilizado o fluxograma adaptado do *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses extension for Scoping Review* (PRISMA-ScR) conforme se apresenta na Figura 1 (Page, 2020).

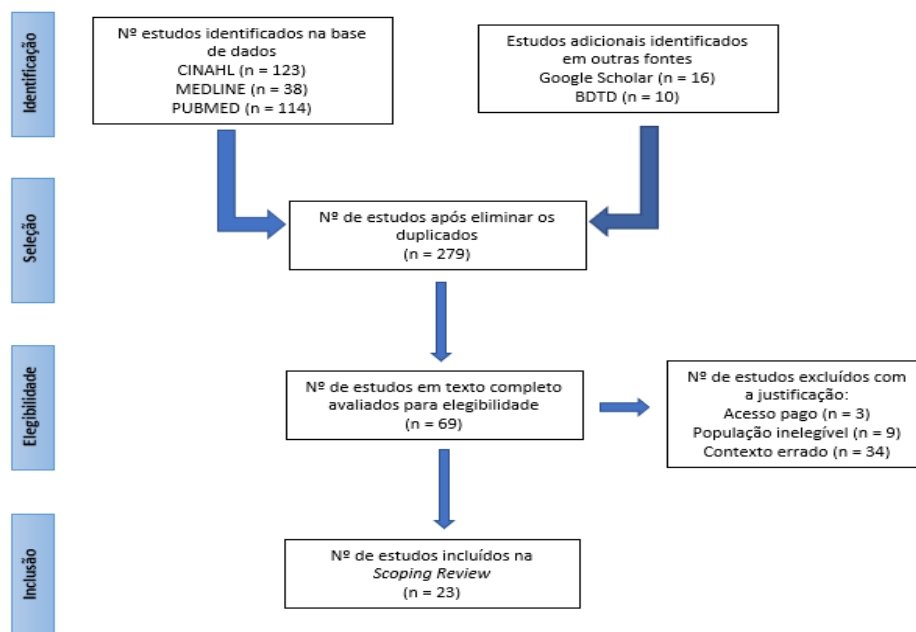


Figura 1 – Fluxograma segundo PRISMA para seleção e processo de inclusão dos estudos na revisão (Page, 2020)

Procedeu-se depois à leitura na íntegra dos estudos selecionados por dois revisores independentes, para a extração dos dados.

Resultados

Obteve-se um total de vinte e três (23) artigos incluídos nesta revisão, publicados entre os anos de 1976 e 2021. Os países de origem são Alemanha (Bishop, W & Head, J., 1976), Áustria (Oberwaldner, B & Eber, E., 2006), Brasil (Severo, V. et al., 2019; Rodrigues et al., 2020; Monteiro et al., 2018; Bandeira et al., 2021), China (Gao, X et al., 2021), Estados Unidos da América (Huddleston, K & Ferraro, A, 1991.), (Perez, R et al., 1984), (Tofil, N et al., 2013), (Hartnick, C et al., 2017), (Schweitzer, M et al., 2014), (Fiske, E., 2004), (Barry, W., et al., 2018), (Joseph, R., 2011), (Orne, J., et al., 2018), (Kohn, J., et al., 2019), (Prickett, K., et al., 2019), (Wooldridge, A & Carter, K., 2021), (Embon, C., 1990), (Foster, E., 1993), (Stetzer, M., 2021) e Irão (Goudarzi, Z., et al., 2016).

Dos artigos selecionados, 52% (12) foram publicados nos últimos 5 anos, entre 2017 e 2021, sendo na sua grande maioria estudos quantitativos, quase-experimentais (58%).

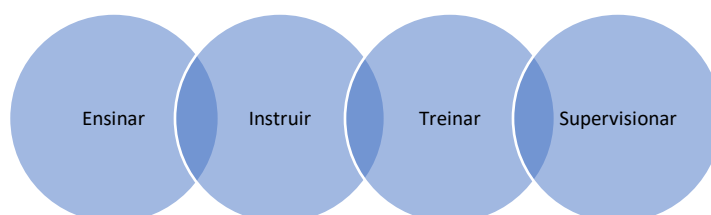
Os restantes artigos, anteriores a 2017, constituem 48% (11) da amostra, sendo, na sua grande maioria, revisões de literatura (64%).

Todos os artigos decorreram em contexto hospitalar.

Em relação ao tipo de ostomia: 39% dos estudos têm como foco a criança com ostomia respiratória (Hartnick, C. et al., 2017; Orne, J, 2018; Fiske, E., 2004; Wooldridge, A & Carter, K., 2021; Prickett, A. Et al., 2019; Kohn, J, 2019; Oberwaldner, B & Eber, E., 2006; Joseph, R, 2011; Tofil, N. et al., 2013), 35% a criança com ostomia intestinal (Foster, M. E, 1993; Bishop, W & Head, J., 1976; Monteiro, S. et al., 2018; Stetzer, M, 2021; Embon, C, 1990; Bandeira, L. et al., 2021; Goudarzi, Z. et al., 2016; Gao, X. et al., 2021), 22% a criança com ostomia gástrica (Perez, R. et al., 1984; Rodrigues, L. et al., 2020; Schweitzer, M. et al., 2014; Barry, W. et al., 2018; Huddleston, K & Ferraro, A., 1991) e 4% sem ostomia especificada (Severo, V. et al., 2019). Na amostra não há crianças com ostomias urinárias.

Os resultados dos estudos incluídos na scoping review são apresentados no quadro 2 (APÊNDICE I).

Quanto às intervenções de enfermagem, tal como é definido pela CIPE, capacitar, nomeadamente de habilidades práticas associadas a treino, prática e exercício, nos pais de crianças ostomizadas, após análise de conteúdo dos artigos e tendo por base a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, surgiram 4 categorias que se desenrolam de forma encadeada, levando ao sucesso da capacitação parental, sendo elas:

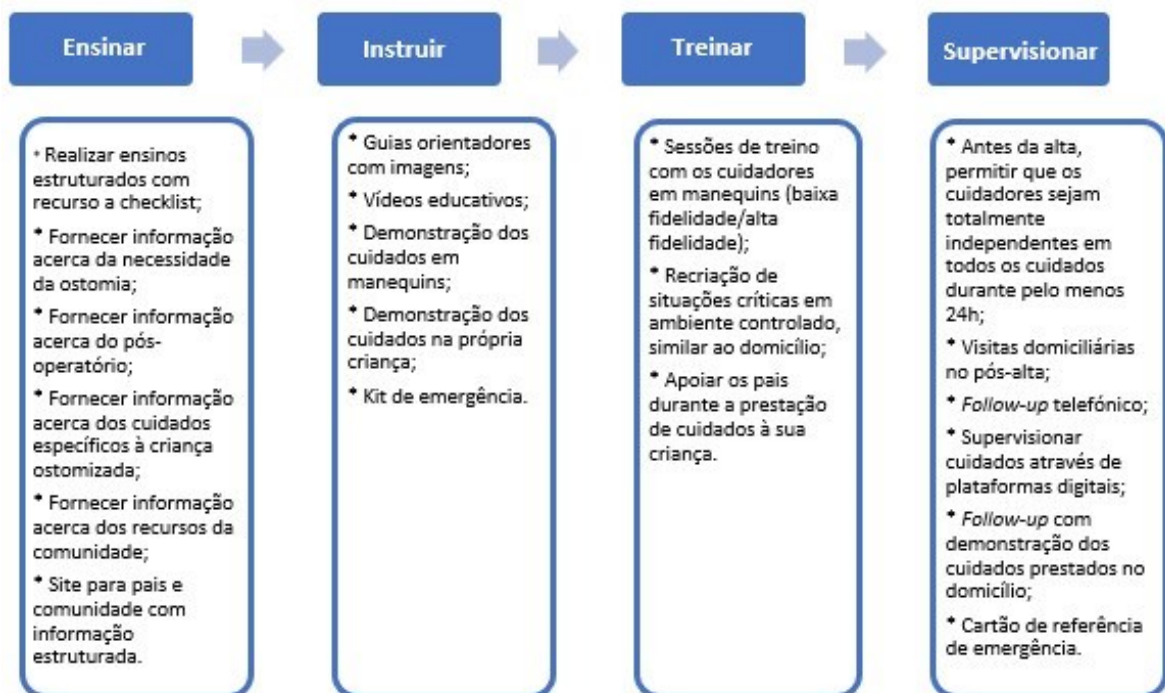


Ensinar, relaciona-se com o informar, dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde.

Instruir, relaciona-se com o ensinar, fornecer informação sistematizada a alguém sobre como fazer alguma coisa.

Treinar, relacionar-se com o instruir, desenvolver as capacidades de alguém ou o funcionamento de alguma coisa.

Supervisionar, relaciona-se com o monitorizar, inspecionar o progresso de alguém ou alguma coisa.



Quanto ao momento da intervenção de enfermagem com vista à capacitação dos pais/cuidadores podemos afirmar que a maioria dos estudos recomenda o seu início no pré-operatório, devendo manter-se no pós-operatório e no pós-alta, embora a maioria dos estudos apresente o seu foco de intervenção maioritariamente no pós-operatório (Gao, X. et al., 2021; Tofil, N. et al., 2013; Joseph, R, 2011; Goudarzi, Z. et al., 2016; Kohn, J. et al., 2019; Huddleston, K & Ferraro, A.1991; Barry, W. et al., 2018; Stetzer, M, 2021; Rodrigues, L. et al., 2020; Severo, V. et al., 2019; Bishop, W & Head, J., 1976; Perez, R. et al., 1984; Orne, J et al., 2018).

A maioria dos estudos abordam a necessidade da existência dum plano de cuidados individualizado e sistematizado, criado em parceria com os enfermeiros e os pais, no sentido de capacitá-los para a realização dos cuidados necessários à criança com ostomia (Hartnick, C. et al., 2017) (Bishop, W & Head, J., 1976), (Severo, V. et al., 2019) (Perez, R et al., 1984), (Hartnick, C et al., 2017), (Foster, E., 1993) (Schweitzer, M et al., 2014), (Fiske, E., 2004), (Barry, W., et al., 2018), (Embon, C., 1990),(Stetzer, M., 2021) (Huddleston, K & Ferraro, A.1991) (Bandeira

et al., 2021) (Kohn, J. et al., 2019) (Goudarzi, Z. et al., 2016) (Joseph, R, 2011) (Gao, X. et al., 2021).

Na maioria dos estudos é demonstrada a importância da utilização de estratégias e ferramentas de ensino que vão mais além da formação teórico-prática, nomeadamente, a construção de cartilhas ilustradas com linguagem simples e acessível à população e guias de cuidados à criança ostomizada (Perez, R et al., 1984), (Rodrigues et al., 2020), (Schweitzer, M. et al., 2014) (Bandeira et al., 2021) (Gao, X. et al., 2021), realização de vídeos demonstrativos (Hartnick, C et al., 2017) (Schweitzer, M, 2014) (Barry, W., et al., 2018) (Bandeira et al., 2021) (Oberwaldner, B & Eber, E., 2006) (Joseph, R, 2011), utilização de manequins e recurso a sessões de treino e simulação prática (Orne, J, et al, 2018) (Wooldridge, A & Carter, K., 2021) (Prickett, A. Et al., 2019) (Tofil, N. et al., 2013). Estes recursos permitem uma intervenção de enfermagem eficaz, contribuindo para um empoderamento significativo dos cuidadores.

Discussão

Após análise dos artigos pode verificar-se que em termos temporais houve uma mudança de paradigma no cuidar da criança ostomizada e sua família. Já em 1976, Bishop, W. & Head, J., referiram a necessidade de diferenciar os cuidados da pessoa adulta ostomizada, dos da criança, dando especial importância às suas fragilidades e à necessidade de apoiar os pais na sua transição para o domicílio. Nos artigos mais antigos, onde predominam as revisões de literatura, defende-se a elaboração de planos de cuidados estruturados, individualizados e centrados nas necessidades específicas da criança ostomizada, mas também na capacitação dos pais/cuidadores com vista a uma transição adequada para o domicílio (Embon, C. 1990) (Fiske, E. 2004) (Huddleston, K & Ferraro, A. 1991) (Oberwaldner, B. & Eber, E. 2006) (Perez, R *et al.*, 1984).

Nos artigos dos últimos cinco anos, consegue perceber-se uma mudança de paradigma assistencial, com uma procura em basear os cuidados de enfermagem em evidência científica. Esta mudança conduziu a maioria dos autores a realizarem estudos quase-experimentais. Nestes estudos, existe quase sempre a presença de um grupo experimental, onde foram aplicadas intervenções de enfermagem e elaborados planos de cuidados específicos, em grupos de pais, em comparação com um grupo de controlo, onde se mantiveram os cuidados assistenciais habituais,

permitindo assim uma avaliação do resultado da implementação de determinadas intervenções de enfermagem (Schweitzer, M. et al., 2014) (Severo, V. et al., 2019) (Hartnick, C et al., 2017) (Orne, J, et al, 2018) (Wooldridge, A & Carter, K., 2021) (Barry, W., et al., 2018) (Prickett, A. Et al., 2019) (Kohn, J. et al., 2019) (Goudarzi, Z. et al., 2016) (Tofil, N. et al., 2013) (Gao, X. et al., 2021).

Em termos de estratégias de intervenção é interessante perceber que em termos de cuidados à criança com ostomias respiratórias, o método de eleição é o recurso a manequins e centros de simulação, procurando incluir mais do que um cuidador nestes ensinamentos, capacitando não só os pais, mas também a família alargada, com vista à descarga do cuidador (Orne, J, et al, 2018) (Wooldridge, A & Carter, K., 2021) (Prickett, A. Et al., 2019) (Tofil, N. et al., 2013). O que nos leva a refletir acerca da sua implementação nos contextos de crianças com outro tipo de ostomias.

Nesta revisão ficou claro que, independentemente do tipo de ostomia, das características específicas de cada criança e família, a intervenção de enfermagem capacitar os pais/cuidadores de crianças ostomizadas deve iniciar-se o mais precocemente possível, preferencialmente no pré-operatório, para que estes consigam desempenhar o seu papel parental de forma mais confiante, melhorando assim a qualidade dos cuidados.

Uma escuta ativa dos profissionais de enfermagem bem como a valorização dos conhecimentos dos pais/cuidadores de crianças ostomizadas, permite o desenvolvimento de diálogos verdadeiros ampliando assim as possibilidades da prática de educação em saúde. Permitindo a sua participação na elaboração de planos de cuidados individualizados e coerentes que corroborem para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados a essas crianças (Severo *et al* ,2019).

Ao longo dos vários artigos são referidos os vários efeitos da implementação de um plano de cuidados estruturado e o uso de ferramentas de ensino, com vista à capacitação dos pais/cuidadores de crianças ostomizadas. São referidos efeitos positivos para as crianças: redução do tempo de internamento hospitalar, redução da necessidade de recorrer com frequência a unidades de saúde, redução de reinternamentos hospitalares devido a complicações, melhor adaptação à nova condição de saúde; efeitos positivos para os pais/cuidadores: diminuição significativa da ansiedade, do stress e da depressão, aumento da satisfação do cuidador, melhor adaptação à nova condição de saúde da sua criança, sendo ainda

referidos benefícios para as instituições de saúde, com redução dos custos associados aos cuidados a estas crianças e pais/cuidadores.

Conclusão da revisão

Em resposta à questão de revisão, pode referir-se que existe evidência sobre a intervenção de enfermagem capacitar os pais de crianças ostomizadas para a autonomia do papel parental, nos vários contextos onde são prestados cuidados à criança ostomizada e família.

As intervenções de enfermagem que promovem a capacitação dos pais acerca do motivo de realização da ostomia, o seu modo de funcionamento, a prestação de cuidados correta e autónoma e ter a capacidade de dar resposta perante complicações ou eventuais situações de urgência, faz toda a diferença no seu empoderamento e aumento da confiança.

O enfermeiro é o principal elo na instrução e treino dos pais/cuidadores, momento esse que deve ter início desde o conhecimento da necessidade de realização da ostomia até ao momento da alta hospitalar e *follow up*, evidenciando depois melhoria da qualidade dos cuidados no domicílio, por se tornarem pais mais confiantes e com menos stress.

É fundamental, na implementação das intervenções de enfermagem, criarem-se planos de cuidados individualizados e recorrer a estratégias educativas adequadas às necessidades de cada criança e família. O conhecimento destas necessidades só é possível através do estabelecimento de uma relação de confiança entre os enfermeiros e os cuidadores, permitindo espaços de partilha de sentimentos, dúvidas e angústias que os assolam, não esquecendo também o reforço positivo e a discussão das práticas ao longo do processo de internamento.

Deve promover-se o recurso a ferramentas de apoio para consolidar o processo de instrução para a capacitação parental. Guias de ensino estruturados e personalizados que possam ser entregues aos cuidadores aumentam o seu grau de satisfação e permitem uma maior segurança na prestação de cuidados por consolidação de conhecimentos. Estes guias, também podem ser acompanhados do suporte de vídeos demonstrativos dos processos relacionados com os cuidados à ostomia podendo, posteriormente, ser consultados pelos cuidadores para consolidarem a sua aprendizagem e esclarecerem dúvidas. O recurso a manequins também é uma mais-valia não só para uma melhor aceitação da nova imagem

corporal por parte da criança e dos cuidadores, como permite o treino prático no manuseamento dos dispositivos que agora fazem parte do dia a dia. Os centros de simulação de alta-fidelidade, são uma inovação a considerar uma vez que permitem em contexto similar ao do domicílio e em manequins altamente desenvolvidos, a replicação de rotinas completas de cuidados à ostomia, bem como a possibilidade de simular situações de emergência, promovendo o aumento da destreza e confiança dos cuidadores, antes de prestarem cuidados às suas crianças, que é sempre um momento que lhes causa ansiedade e stress.

Por último, é importante que o *follow up* das crianças ostomizadas e suas famílias se adapte à nova realidade, e a cada contexto. Tendo em conta que cada vez mais o recurso a redes sociais e aplicativos de conversação que permitem a formação de grupos restritos de utilizadores online, abrem novas perspetivas assistenciais, permitindo assim que os pais/cuidadores tenham um acompanhamento sistemático após a alta e que, perante um evento adverso, exista uma equipa de enfermagem disponível para triar e solucionar a situação em tempo real. Está demonstrado que este tipo de acompanhamento, pode efetivamente melhorar a capacidade de cuidar da criança ostomizada, reduzir a carga de cuidados dos pais, melhorar a qualidade de vida dos pais e reduzir a incidência de complicações nas crianças.

Podem referir-se como limitações a língua (Português, Inglês e Espanhol), o facto de não conseguirmos acesso a determinados artigos de difícil acesso, e não ter sido realizada uma busca em artigos não publicados.

Como sugestões, parece ser importante realizar um estudo demográfico por forma a conhecer a população de crianças ostomizadas em Portugal. Devido à inexistência de estudos acerca de crianças com ostomias urinárias, sugere-se a realização de estudos primários sobre esta população. Em termos de *follow up* das crianças ostomizadas, parece-nos de extrema importância a promoção do desenvolvimento de consultas de enfermagem de estomaterapia para esta população tão especial.

Tendo por base esta revisão de literatura, foi elaborado um Poster que foi apresentado no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem – Enfermagem Especializada: Uma Voz para o Humanismo (APÊNDICE XVII), tendo

sido premiado com o 1º lugar da área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (ANEXO I).

4. ANÁLISE E REFLEXÃO SOBRE PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Como já foi referido anteriormente, a Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, desenvolveu-se em três contextos de estágio distintos: Serviço de Urgência Pediátrica, Internamento de Pediatria e, por fim, numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários). Em todos os contextos, e com base que é preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2018), foi possível trabalhar em parceria com a criança e família, dando resposta às suas principais necessidades, independentemente do contexto e fase do processo de saúde-doença em que elas se encontravam, o que me permitiu desenvolver competências específicas da área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Em todos os contextos, tive o acompanhamento de um enfermeiro orientador EEESIP e com grau de mestre, tendo sido fundamental no meu desenvolvimento ao longo deste percurso.

A seleção dos contextos de estágio teve por base uma perspetiva académica e profissional avançada, orientada por objetivos de aprendizagem, cujo objetivo foi a promoção do desenvolvimento profissional através da prática clínica supervisionada na área de especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Assim sendo, e tendo por base a promoção da capacitação parental e a visão do modelo teórico anteriormente apresentado, definiram-se como objetivos gerais:

- **Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no âmbito da prestação de cuidados, nos diferentes contextos de cuidados de saúde.**
- **Desenvolver competências de maior complexidade que promovam a capacitação parental da criança/jovem e família nos processos de saúde/doença.**

Em cada um dos contextos de estágio foi realizado um diagnóstico de situação e delineados diferentes objetivos específicos, e respetivas atividades a desenvolver, de modo a dar resposta às necessidades identificadas e à aquisição e/ou desenvolvimento de competências especializadas de EEESIP.

4.1. Serviço de Urgência Pediátrica (SUP)

Contextualização

Este estágio desenvolveu-se num Serviço de Urgência Pediátrica de um Hospital, no período de 05 de Setembro a 07 de Outubro de 2022.

Tendo em conta a pandemia por SARS-CoV2, o serviço de urgência pediátrica estava dividido por área de doentes não respiratórios e de doentes respiratórios (todos aqueles cuja queixa de apresentação na ida à urgência, tivesse presente febre, tosse ou dificuldade respiratória. A Sala de Reanimação era comum aos dois circuitos e, na área de doentes respiratórios, era possível realizar radiografias. O serviço dispunha de nove vagas de internamento (duas das quais de quarto de isolamento) destinadas a crianças e famílias internadas na Unidade de Cuidados Especiais Pediátricos (UCEP) e/ou no Serviço de Observação (SO).

A equipa de enfermagem era constituída por 23 elementos, incluindo Enfermeira chefe e Enfermeira responsável. Existem seis Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

No ano de 2021, recorreram ao Serviço de Urgência 26391 crianças, sendo que 13401 foram triados pela área de doentes respiratórios e, 12990 pela área de doentes não respiratórios, sendo que 479 destes episódios resultaram em internamento em SO/UCEP/Pediatria.

O método de trabalho alterna entre enfermeiro responsável conjugado com trabalho de equipa. No SO e UCEP há um enfermeiro responsável pelos clientes internados, existindo uma entreajuda com equipa multidisciplinar. Na triagem e sala de tratamentos trabalha-se em equipa, isto é, não há um elemento fixo por turno em determinado posto de trabalho; há uma entreajuda entre todas as áreas,

permitindo um atendimento mais célere das crianças e famílias que recorrem à urgência.

Todos os registos são informatizados, utilizando-se a plataforma informática SClínico, onde são gerados diagnósticos e intervenções de enfermagem segundo a taxonomia CIPE, e de acordo com as necessidades de cada criança/jovem e família. Os planos de cuidados são elaborados respeitando a evolução do ciclo vital.

Diagnóstico de Situação

Segundo a Metodologia de Projeto, a realização do diagnóstico de situação é o que permite articular as necessidades do contexto com as necessidades individuais de aprendizagem levando à definição de objetivos de estágio (Ferrito *et al*, 2010).

Assim sendo, durante a primeira semana de estágio, através de observação participativa nas diversas valências do Serviço de Urgência Pediátrica (com especial enfoque na Triage e Sala de Tratamentos), e da realização de reuniões informais (com a enfermeira orientadora de estágio, enfermeira chefe e restante equipa), foi possível realizar um Diagnóstico de Situação, em que foram identificadas oportunidades de aprendizagem e duas necessidades formativas a realizar aos pais, referidas por toda a equipa de enfermagem, sendo elas, modo de atuar perante a febre e método eficaz de realizar lavagem nasal.

Procurei, junto da chefia e departamento de administrativos proceder a uma recolha do número de crianças que recorreram à urgência por estes motivos, mas informaticamente não foi possível fazer a contabilização dos dados.

A febre é dos principais sintomas pelo qual os pais recorrem ao SUP (Ramgopal *et al.*, 2020), principalmente pelo medo de infeções bacterianas que por vezes podem tomar proporções severas (Cohen, 2022), tais como convulsões ou danos cerebrais (Pitoli *et al.*, 2021).

A febre pode ser interpretada em três enfoques: o primeiro, de componente científica caracterizado pela resposta adaptativa e benéfica ao organismo; o segundo, numa componente mais pragmática, reconhece a função da febre no organismo, mas esta deve ser tratada pelos profissionais de saúde devido ao conhecimento prévio sobre a febre; o terceiro, relaciona-se com o modelo “fóbico-temeroso”, sendo este marcado por elevados índices de ansiedade entre os cuidadores. Esta discrepância no entendimento da febre, demonstra que tem de

haver uma formação e capacitação contínuas, uma vez que podem conduzir a condutas inadequadas (Pitoli *et al.*, 2021). Assim, evidencia-se a necessidade de formação dos pais/família sobre o modo correto de atuar perante a febre e quando recorrer ao SUP.

No que à lavagem nasal diz respeito, existem ainda muitos medos por parte dos pais associados à técnica e muitos não estão despertos para os benefícios que estão associados e que podem reduzir a necessidade de ida à urgência quando é executada de forma eficiente. A higiene nasal adequada, pode prevenir doenças respiratórias e auxiliar no tratamento de infeções virais ou bacterianas, rinites, sintomas nasais inespecíficos e alívio dos sintomas causados por pós-operatórios de otorrino (Sih & Cavinatto).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 1998), é possível definir literacia em saúde como “o grau em que os indivíduos têm a capacidade de obter, processar e entender as informações básicas de saúde para utilizarem os serviços e tomarem decisões adequadas de saúde”. Nesse sentido, a Direção Geral de Saúde, desenvolveu um Plano de Ação para a Literacia em Saúde nos anos 2019-2021, de forma a otimizar a Literacia em Saúde da População Portuguesa. Este plano integra estratégias, iniciativas, projetos e atividades, estando o seu sucesso sustentado na realização deste conjunto de medidas desenvolvidas com a interação de vários intervenientes, promovendo assim os ganhos na saúde e bem-estar da população (Arriaga *et al.*, 2019).

Cada cidadão é responsável por adotar estilos de vida saudáveis de modo a prevenir os processos de doença. Enquanto pais/cuidadores, há um sentido acrescido de responsabilidade para transmitir a mensagem às crianças, que no futuro, também serão responsáveis por adoção de estilos de vida saudáveis. Assim sendo, um dos objetivos específicos do Plano de Literacia em Saúde, é precisamente a capacitação de pais, mães e cuidadores, bem como, crianças e jovens, por intermédio dos profissionais de saúde, redes sociais, campanhas TV, rádio, ..., meios audiovisuais em espaços de atendimento, *influencers*, entre outros (Arriaga *et al.*, 2019).

Para sustentar a implementação deste plano, reforço a importância das novas tecnologias como meio de divulgação de informação e ensino à população. O grau de literacia em saúde dos pais, está associado a uma melhoria dos resultados de saúde das crianças. Cada vez mais, os pais recorrem à internet para

obter informações de saúde e, como tal, os profissionais de saúde por utilizar intervenções em plataformas digitais para comunicar informações e ajudar os pais a gerir as condições de saúde dos seus filhos (Mörelus et al., 2021). Estas intervenções têm sido promovidas como uma forma de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, bem como apoiar a gestão de doenças, aumentar a segurança dos doentes e reduzir até custos associados aos cuidados de saúde (Meyers et al., 2020).

Assim sendo, e após o levantamento do diagnóstico de situação, defini como objetivos específicos e respetivas atividades a desenvolver e o modo de avaliar a sua eficácia.

Objetivo I: Desenvolver competências de EESIP para cuidar da criança/jovem e família em contexto de urgência pediátrica.

Objetivo II: Promover a capacitação parental em contexto de urgência pediátrica através de promoção e educação para a saúde.

Tomada de Decisão, Atividades Desenvolvidas e Competências

Ao longo destas cinco semanas, pude colaborar com a equipa de enfermagem na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família em todas as valências do SUP, mas com especial enfoque em triagem e sala de tratamentos. Nestas valências, embora o contacto com as crianças e família seja de curta duração, há que utilizar e mobilizar com destreza, estratégias comunicacionais, para fazer uma correta apreciação diagnóstica e prestar cuidados à criança/jovem em situação de doença em parceria com a sua família. Isto requer o estabelecimento de uma relação de empatia e de confiança com todos os elementos envolvidos, para promover as competências parentais de forma sólida e segura. Este envolvimento dos pais como parceiros de cuidados, é de extrema importância e vem reforçar as competências comuns e específicas do EEESIP, no que diz respeito à responsabilidade profissional, ética e legal (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Assim sendo, um dos objetivos gerais definido para este estágio, foi desenvolver competências de maior complexidade que promovam a capacitação parental da criança/jovem e família nos processos de saúde/doença. Este aspeto é reforçado pelo Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Ordem dos

Enfermeiros, 2017), que reconhece a família como contexto da criança/jovem, sendo que os cuidados de Enfermagem implicam o estabelecimento de uma comunicação efetiva e de uma intervenção que traduz envolvimento, participação e parceria de cuidados, capacitação e negociação dos cuidados. Uma vez mais, vem corroborar o Modelo Teórico da Doutora Goreti Mendes e que sustenta a conduta do meu percurso individual enquanto estudante do Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Neste serviço, foi adotado o Sistema de Triagem de Manchester, um método que fornece ao profissional não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas e que baseia o nível de urgência por um código de cores. A avaliação clínica forma-se a partir da queixa apresentada – o principal sinal ou sintoma identificado pelo doente ou pelo profissional de saúde, que motiva o doente a procurar o serviço de urgência (Freitas, P. *et al*, 2009).

Refletindo sobre as competências que o enfermeiro deve ter neste contexto, a comunicação é das ferramentas mais importantes e fundamentais de atuação, pois pode condicionar a forma como se processa a triagem. Deve ser utilizada uma comunicação objetiva e clara, com tom de voz adequado e tranquilo, direcionando a entrevista para a recolha de elementos de informação relevantes, de modo a permitir uma avaliação efetiva e correta do que motivou a ida ao SUP, validando sempre a informação recolhida. Por outro lado, há que ter atenção a aspetos como a linguagem corporal e expressões faciais e comunicação não verbal, podendo estas comprometer o processo de relação do enfermeiro com os clientes. Sendo o SUP um local onde ocorrem situações potenciadoras de stress, é de extrema relevância que o enfermeiro adote uma postura calma, assertiva e empática. Desta forma, foram aprofundadas competências de EESIP na medida em que se **“comunica com a criança e a família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura”** (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Também neste contexto, a promoção do desenvolvimento infantil deve constituir uma prioridade para o enfermeiro. Deve existir um clima de afetividade, promoção da segurança e vinculação segura, bem como a promoção de atividades lúdicas. Com o brincar, as crianças afastam, momentaneamente, os sentimentos de sofrimento e criam estratégias para um desfecho mais satisfatório da situação (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Pelas várias valências do SUP existem “kits”

terapêuticos com brinquedos e medalhas de recompensa para as crianças “super-herói” que conseguiram enfrentar a ida ao hospital. Aqui, deve ser reconhecida a competência de EESIP enquanto elemento que **“providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência”**, bem como, **“Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas”** (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Muitas vezes, nos serviços de urgência, há necessidade de cuidados traumáticos para a criança, que são exacerbados por não estarem no seu ambiente seguro. O cuidado dos enfermeiros neste serviço em utilizar estratégias não farmacológicas para o alívio da dor merece um destaque positivo. Devo também reconhecer que o facto de exercer funções no serviço de neonatologia traz em mim uma sensibilidade acrescida no que diz respeito à implementação de medidas não farmacológicas de controlo da dor, e que fiz sempre questão de destacar ao longo deste estágio.

Além destas competências de comunicação bem desenvolvidas, e devido à diversidade de situações com que se pode deparar no contexto de SUP, o enfermeiro deve possuir um conhecimento alargado sobre o crescimento e desenvolvimento infantil, bem como reconhecimento das doenças mais comuns associadas às várias faixas etárias. Deve haver uma atualização frequente do conhecimento baseado em evidência científica de forma a poder fazer uma avaliação adequada das situações com que se depara, tomar decisões e estabelecer prioridades. Neste último ponto, a experiência profissional de cada um tem bastante impacto, porque aliado ao conhecimento teórico, junta-se também o conhecimento prático, aumentando assim a perícia e consequente atuação rápida perante cada situação, consolidando a perspetiva de Patrícia Benner (2009) na definição de Enfermeiro perito.

Aqui devo referir também a importância de aplicar as competências de mestre, no sentido em que deve haver uma capacidade de compreensão e resolução de problemas, mesmo perante situações complexas e desconhecidas. Há que ter conhecimento dos recursos disponíveis e como recorrer aos mesmos (Decreto-Lei n.º 63/2016).

No decorrer deste estágio, procurei prestar cuidados à criança/jovem e família em situação de urgência, dirigindo um olhar atento a possíveis situações de

risco, identificadas no momento da triagem, bem como nas crianças internadas em SO ou UCEP, conforme preconiza o Regulamento das competências específicas do EESIP (2018):

E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem; E2. Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados.

Em todas as valências do SUP foi possível integrar a dimensão de educação para a saúde e promoção da capacitação parental.

Na sala de tratamentos, foi onde estive mais presente e onde, na maioria das vezes, há necessidade de submeter as crianças a procedimentos invasivos. Aqui, há que dar particular atenção na utilização de estratégias de controlo da dor das crianças, mas também dar atenção aos pais/cuidadores de forma a reduzir o stress parental. Sempre que possível, há que promover o envolvimento dos pais nos cuidados de forma a otimizar o bem-estar da criança.

A comunicação com as crianças/jovem foi algo que de início me assustou, uma vez que a minha realidade de trabalho é no contexto de neonatologia. No entanto, tudo fluiu de forma natural. Ajuda negociar com as crianças conversando com elas ao mesmo nível de altura, mas também com o brincar terapêutico como técnica de distração e redução do stress por estar fora do seu ambiente natural e seguro.

Relativamente ao desenvolvimento do projeto formativo individual, nomeadamente no âmbito da capacitação parental, elaborei dois folhetos informativos digitais sobre a Lavagem Nasal (APÊNDICE II) e sobre a Febre (APÊNDICE III). Além da pesquisa realizada para desenvolver o trabalho com o máximo rigor e que fosse de fácil compreensão por parte dos pais, da validação da senhora Enf.^a orientadora, tive a preciosa ajuda de vários elementos da equipa de enfermagem e médica do SUP deste contexto de estágio. Os pósteres foram afixados na sala de espera do SUP para que os pais/cuidadores possam facilmente consultar e adotar medidas preventivas numa situação futura com os seus filhos. Vem também reforçar a importância da utilização das ferramentas de apoio como

são os folhetos e os meios digitais, como consolidação dos ensinamentos recebidos e conforme reforçam os resultados obtidos na revisão de literatura realizada no decorrer deste ciclo de estudos.

Tive oportunidade de fazer ensinamentos aos pais sobre ambos os temas nas várias valências do SUP, quando a situação clínica da criança assim o justificava.

Perante o diagnóstico “aprendizagem de capacidade para lavagem nasal ausente”, e quando os pais se mostraram receptivos aos ensinamentos, foi feita demonstração do procedimento de lavagem nasal e esclarecidas dúvidas, de forma que possam reproduzir o mesmo no domicílio e potencializar o bem-estar das suas crianças na promoção da sua saúde, sustentando assim o preconizado pela intervenção de enfermagem **Capacitar**.

Ressalto também a importância do processo de tomada de decisão dos pais, respeitando-os sempre através da negociação da sua participação na prestação de cuidados. Além da demonstração, foi também dada oportunidade para que pudessem reproduzir a intervenção, de modo a que se possam sentir mais seguros a reproduzir a mesma em casa e prevenir a recorrência ao serviço de urgência pelos mesmos motivos.

Assim, foram desenvolvidas competências de EESIP uma vez que se **“proporcionou 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”** (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Importa, em qualquer contexto de saúde, dar autonomia aos cuidadores, fornecendo ferramentas de ensinamentos e que permitam replicar os procedimentos em caso de necessidade. Os enfermeiros devem ser mentores e estabelecer relação de confiança no processo de capacitação das famílias, mesmo que o contacto com as mesmas seja de curta duração, como é o caso do contexto de Serviço de Urgência.

O resultado esperado com a divulgação destes folhetos, seria uma redução no número de idas à urgência por aumento da literacia em saúde no que aos cuidados perante a febre e como realizar uma lavagem nasal de forma eficaz, no entanto, não foi possível avaliar o impacto no decorrer deste estágio.

4.2. Internamento de Pediatria

Contextualização

Este estágio desenvolveu-se num Serviço de Internamento de Pediatria de um Hospital, no período de 10 de Outubro a 11 de Novembro de 2022.

Esta unidade constitui-se como hospital público de primeira linha para os cerca de 550000 habitantes dos Concelhos abrangidos, estando integrado na rede do SNS, da Região de Lisboa e Vale do Tejo.

Além do Internamento de várias especialidades, tem também várias salas de Bloco Operatório e várias valências de Serviço de Urgência (Urgência Geral, Urgência de Obstetrícia e Ginecologia e Urgência Pediátrica). Este hospital oferece também à população um Serviço de Urgência Básica.

Este serviço de pediatria está destinado ao internamento de crianças do foro médico, mas também cirúrgico. As admissões podem ter proveniência do serviço de urgência pediátrica, unidade de cuidados intermédios ou intensivos pediátricos, consulta externa de pediatria ou através de procedimento cirúrgico agendado.

Diagnóstico de Situação

Durante a primeira semana de estágio, tive oportunidade de observar e participar nos cuidados às crianças e famílias internadas no serviço de pediatria. Na instituição e associado ao Departamento da Criança e do Jovem, um dos projetos existentes é do Apoio domiciliário a crianças e suas famílias, cujo seguimento é assegurado pela Equipa de Suporte Intra-Hospitalar em contexto de Cuidados Paliativos Pediátricos. Em conversas informais com a senhora enfermeira orientadora, constatei que existiam seis crianças com Gastrostomia e duas em lista de espera para colocar o dispositivo. No entanto, não existia nenhum material de apoio explicativo para os pais/cuidadores. Neste sentido, e reforçando a importância da utilização de estratégias de reforço e apoio à sua capacitação parental, sustentadas pela revisão de escopo por mim realizada, definimos que seria criado um guia de apoio para os pais sobre cuidados inerentes à gastrostomia.

Com vista à melhoria e uniformização da prática de cuidados de Enfermagem no que diz respeito aos cuidados inerentes às crianças com gastrostomia, propus rever a norma de procedimento existente no Serviço, uma vez

que se não se encontrava atualizada nem contemplava as intervenções de Enfermagem necessárias.

Assim sendo, e após a realização do diagnóstico de situação, elaborei objetivos específicos e respetivas atividades a desenvolver, bem como o modo de avaliar a sua eficácia.

Objetivo I: Prestar cuidados de enfermagem promotores da capacitação parental e educação para a saúde em contexto de internamento de pediatria.

Objetivo II: Promover a assistência à criança/jovem com necessidade de gastrostomia e família na maximização da sua saúde, dando ênfase à capacitação parental.

Tomada de Decisão, Atividades Desenvolvidas e Competências

Ao longo destas semanas, pude colaborar com a equipa de enfermagem na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família em todas as valências do serviço de internamento de pediatria.

Na sala de cuidados intermédios, estão internadas crianças em que é necessária uma vigilância contínua, requerendo uma monitorização não invasiva, uma vez que estão em risco de desenvolver disfunção ou falência de órgãos havendo, por isso, em caso de necessidade, a capacidade de assegurar manobras de reanimação e a articulação com a Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Pediátricos (UCIEP) da instituição.

Sendo o âmbito do meu percurso individual de trabalho a promoção da capacitação parental, decidi optar, em conjunto com a senhora enfermeira orientadora, que a maioria dos turnos decorressem na sala de cuidados intermédios, uma vez que nesta sala existe uma maior necessidade de apoio e integração dos pais perante um ambiente desconhecido que inflige ansiedade. Cabe aos enfermeiros promover e encorajar a participação dos pais nos cuidados ao filho internado, proporcionando segurança e confiança para que se sintam à vontade para aprender novas competências.

A transição para o papel parental é das etapas mais difíceis e complexas que o ser humano enfrenta, pela enorme responsabilidade que lhe é inerente e pelas mudanças e novas adaptações que uma criança traz ao seio de uma família. Este processo de transição tem inúmeros riscos associados, devido à vulnerabilidade acrescida das pessoas ao não saberem como agir perante

situações nunca experienciadas, podendo sentir-se inseguras e incapazes de lidar perante a nova situação.

Ao papel parental está associado o dever de promover a saúde e bem-estar das crianças, sendo que a Comunidade espera que os pais providenciem oportunidades para um crescimento e desenvolvimento multidimensional saudáveis.

A doença e hospitalização constituem acontecimentos inesperados para as famílias, causando dor e sofrimento, e, muitas vezes, uma crise de identidade parental relativamente ao que podem ou não fazer, e também ao que os profissionais esperam que os pais façam (Ordem dos Enfermeiros, 2015a).

Também para a criança, a hospitalização implica uma separação do seu ambiente seguro. Surge, por isso, a necessidade de olhar para a criança e família como um só (binómio de cuidados), de modo a personalizar as intervenções de enfermagem necessárias e reconhecer a família como importante parceira no processo de cuidar.

Ao longo deste estágio, pude observar que esta parceria de cuidados é vulnerável e muito influenciada pela forma de abordagem por parte dos profissionais de saúde. Há enfermeiros que realizam todas as intervenções necessárias à criança, sem incluir os pais na prestação de cuidados; há outros que esperam que os pais realizem determinadas intervenções sem questionar se se sentem à vontade ou capacitados para tal. Nota-se uma sensibilidade acrescida por parte dos EEESIP que, geralmente, questionam os pais para serem participativos na prestação de cuidados e se necessitam ajuda ou reforço do ensino para determinado procedimento. Os enfermeiros devem estabelecer junto dos pais uma relação de empatia e sem juízos de valor de forma a promover e apoiar o seu envolvimento na prestação de cuidados. Deve ser proporcionado um ambiente em que se sintam seguros e, acima de tudo, a que não se sintam pressionados, abrindo espaço para colocar dúvidas e, sempre que possível, possam expressar as preferências de cuidados dos seus filhos (Romaniuk, *et al*, 2014).

Além destes fatores, a população abrangida por esta unidade hospitalar tem uma abrangente multiculturalidade, estando muitas vezes presente a barreira linguística. Quando a presença de tradutor não é possível, cabe ao enfermeiro e restante equipa multidisciplinar, desenvolver estratégias comunicacionais que, dentro do possível, facilitem a conversação e capacitação das famílias para o seu

papel de cuidador. Ao longo do meu percurso profissional constatei que, quando a barreira linguística está presente, um sorriso e/ou o guiar dos cuidados através da demonstração e incentivo (colocando as famílias no plano de ação), têm um elevado poder de conexão com o outro, permitindo o estabelecer de uma relação de confiança e o sentimento de segurança.

Assim, é possível assumir e dar resposta a um dos compromissos do EEESIP, colaborando e apoiando a família na adaptação ao processo de saúde da criança através do apoio, ensino, instrução e treino dos pais, dotando-os de conhecimento e capacitando-os para serem os melhores cuidadores dos filhos (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

No decorrer deste estágio, houve um elevado número de internamento de crianças com diagnóstico clínico de bronquiolite. Nestes casos, é necessário realizar lavagem nasal diversas vezes ao longo do dia para garantir a permeabilidade das vias aéreas superiores e, conseqüentemente, otimizar as trocas gasosas, permitindo, assim, que as crianças mantenham um padrão respiratório eficaz. No decorrer deste tipo de cuidados, pude constatar que os pais têm receio de realizar o procedimento por sem sentirem inseguros e/ou poderem “magoar” os filhos verbalizando, frequentemente, ter medo de “afogar” o bebé (SIC).

Conforme definido pela CIPE, as intervenções de enfermagem que conduzem ao sucesso da capacitação parental são: ensinar, instruir, treinar e supervisionar (ICN, 2018). Assim sendo, tive oportunidade de demonstrar, esclarecer dúvidas e dar oportunidade aos pais de praticarem e aperfeiçoarem a técnica da lavagem nasal, de forma que se sintam seguros não só durante o internamento, mas também quando forem para o domicílio. Além disso, é importante respeitar o tempo dos pais, de maneira a que não se sintam pressionados e sim respeitados na sua tomada de decisão. Esta tomada de decisão é potenciada pelo fornecimento de informação clara, útil e ajustada às necessidades das famílias, o que permitirá uma maior autonomia e adesão ao regime terapêutico.

Havendo o reconhecimento dos pais enquanto parceiros de cuidados, ou seja, reconhecendo e valorizando os seus conhecimentos, habilidades e contributos na prestação de cuidados, é possível garantir uma melhor prática e qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados (Mendes e Martins, 2012).

É também no decorrer da prestação de cuidados que, diariamente, se dá resposta a uma das competências de EEESIP: **“Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem”** (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Neste contexto de estágio, a oportunidade que tive de participar na prestação de cuidados às crianças internadas e de estabelecer uma relação de proximidade com os pais, permitiu enriquecer o meu percurso profissional e perceber o quão importante é o reforçar a necessidade de trabalhar em parceria com as famílias. Torna-se mais gratificante não só para os pais/cuidadores, como também para a equipa de Enfermagem, uma vez que as crianças se sentem mais protegidas e acolhidas por terem presente o seu elemento de segurança.

O Serviço de Pediatria é um contexto de cuidados é rico em situações de elevada complexidade, uma vez que existem condições de saúde muito variadas e complexas, o que constitui um desafio e uma aprendizagem constantes, inerentes à profissão de Enfermagem. A equipa multidisciplinar é constituída por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, educadoras de infância, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas e, conta ainda com a colaboração do Projeto Operação Nariz Vermelho. Existe também uma sala de atividades, onde as crianças que reúnam condições de saúde para a frequentarem, podem brincar e/ou desenvolver atividades estimulantes com as educadoras. Esta multidisciplinaridade, permite uma humanização e prestação dos melhores cuidados, conforme definido pela Carta da Criança Hospitalizada. Dentro dos possíveis, há um esforço comum da equipa em proporcionar às crianças e famílias um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afetivas e educativas, quer no aspeto do equipamento, quer no do pessoal e da segurança (IAC, 1988).

No que diz respeito à privacidade e aos momentos de descanso, acaba por ser um dos desafios diários por cumprir dentro da sala de cuidados intermédios. Embora exista uma divisão entre unidades por uma cortina, estas são muito próximas umas das outras e tornam difícil a promoção do descanso que tão importante é no processo de recuperação de doença.

A privação de sono das famílias, decorrente do processo de internamento em contexto hospitalar, reflete-se num prolongamento do processo de recuperação das crianças, podendo persistir durante meses após a alta hospitalar. Nas crianças

e adolescentes, o impacto da provação de sono e/ou alterações na satisfação da necessidade de dormir pode ser ainda mais pronunciada, uma vez que uma alteração do seu padrão de sono, rotinas e ambiente habitual (neste caso, a hospitalização), aumentam a probabilidade de surgirem distúrbios do sono (Hybschmann, et al, 2021).

Existindo, neste serviço, um projeto ligado à importância e promoção de um sono saudável, com objetivos bem definidos e possíveis de cumprir em enfermaria, na unidade de cuidados intermédios ainda há um longo caminho a percorrer.

Pretende-se, a partir do final do dia, uma redução do ruído existente nos serviços, a redução da intensidade da luz e potenciar condições de conforto térmico para conduzir a um período de sono mais prolongado e tranquilo. No entanto, na unidade de cuidados intermédios, só com alterações estruturais, seria possível implementar uma melhoria da privacidade e promoção do descanso não só das crianças, mas também dos cuidadores.

Outra das competências de EESIP que a OE evoca é a da **gestão (...) do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas** (2019), neste caso, na procura do bem-estar através do descanso adequado, mas também, no proporcionar de momentos de lazer e aprendizagem no que diz respeito às atividades lúdicas acima mencionadas.

No decorrer deste estágio, e de forma a poder aplicar os resultados da revisão de literatura por mim desenvolvida no semestre anterior (Capacitar os pais de crianças ostomizadas para autonomia do papel parental - *Scoping Review*), desenvolvi um guia de apoio para os pais/cuidadores de crianças com gastrostomia (APÊNDICE IV). A criação deste guia de apoio, veio consolidar umas das conclusões obtidas após a revisão de literatura, que defende o recurso a ferramentas de apoio como essenciais para o processo de instrução e de capacitação parental. Os guias de ensino estruturados e personalizados, podem ser entregues aos cuidadores de forma a sentirem-se mais seguros e capazes de prestar cuidados aos seus filhos, refletindo-se numa maior consolidação de conhecimentos e no aumento do seu grau de satisfação.

Atualmente, o internamento de crianças para colocação de gastrostomia já não é realidade muito frequente neste internamento de pediatria, uma vez que a equipa de cirurgia pediátrica está reduzida a apenas um elemento médico. No entanto, as crianças abrangidas por esta unidade hospitalar, são intervencionadas

cirurgicamente noutra instituição, sendo depois acompanhadas pela Equipa de Suporte Integrado Pediátrico (ESIP) ou pela Unidade Móvel de Apoio Domiciliário (UMAD). Esta equipa (ESIP) está integrada no Departamento da Criança e do Jovem do hospital e pretende prestar cuidados paliativos no domicílio a crianças com doença crónica complexa, de forma a avaliar e aliviar o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, não só da criança, mas também das famílias. Estes cuidados visam promover a qualidade de vida de forma humanizada e respeitando princípios éticos. Esta equipa é também quem “transporta Esperança” a casa destas famílias, uma vez que se sentem mais acompanhadas, compreendidas e seguras, por terem os seus profissionais de saúde de referência. Assim, foi possível desenvolver competências na medida em que se **“Promoveu a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica (...), deficiência/incapacidade”** (Ordem dos Enfermeiros, 2019),

Das dez crianças acompanhadas pela ESIP, seis têm gastrostomia e duas irão colocar no próximo mês. Este guia foi recebido com entusiasmo pela equipa, e já foi entregue aos pais após a conclusão do estágio, havendo um feedback positivo por parte dos cuidadores, segundo informação cedida pela senhora enfermeira orientadora. Referem que as imagens e explicações detalhadas dos cuidados necessários com a gastrostomia e a descrição e resolução das possíveis situações de alarme que podem surgir, fez reduzir um pouco ansiedade e aumentar a segurança por ter um guia de apoio que podem consultar sempre que necessário.

Inicialmente, tinha definido como atividade de avaliação para este guia, a entrega de um questionário aos pais, no entanto, não foi possível esta partilha durante o período de estágio, pelo que partilho o feedback informal que foi transmitido pela equipa (APÊNDICE V).

O desenvolvimento deste guia permitiu, também, aprofundar competências de EESIP de acordo com o definido pela Ordem dos Enfermeiros (2018): **“Proporciona 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.”**

No decorrer deste estágio, atualizei a norma de Procedimento de Gastrostomias em Idade Pediátrica, e acrescentei os cuidados de enfermagem inerentes (APÊNDICE VI), dando assim resposta a uma das competências comuns de Enfermeiro Especialista: **“Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo**

a melhoria contínua da qualidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Após apresentação da norma de procedimento foi, também, possível esclarecer dúvidas a alguns elementos da equipa de enfermagem acerca das Intervenções de Enfermagem inerentes ao cuidado do dispositivo de gastrostomia e ensinos a realizar às crianças e cuidadores. Este facto revela que houve um reconhecimento do meu trabalho e em que me senti valorizada quanto aos conhecimentos, fruto do investimento na pesquisa sobre informação atualizada sobre o tema, garantindo assim uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados.

4.3. Cuidados de Saúde Primários

Contextualização

Este estágio decorreu numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), no período de 14 de Novembro a 16 de Dezembro de 2022.

Esta unidade de saúde encontra-se em funcionamento desde 2007, servindo uma população de cerca de 18800 pessoas inscritas. No mesmo edifício, existe uma Unidade de Saúde Familiar e uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). Esta UCC, articula-se com o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) e com o Núcleo de Apoio às Crianças e Jovens em Risco (NACJR). São todas unidades independentes de trabalho e cada uma com o seu espaço físico individualizado, no entanto, podem ser feitos encaminhamentos para o SNIPI e NACJR.

De acordo com dados disponibilizados pelo SNS, é apresentado o seguinte quadro referente à população pediátrica inscrita nesta unidade de saúde, à data atual:

Crianças					
Descrição Específica	Grupo Etário	Masculino	Feminino	Total	UP
Crianças no 1º ano de vida	< 1 Ano	74	93	167	250,50
Exames Globais de Saúde Vacinação	10 - 13 Anos	400	387	787	787,00
Vacinação	15 - 17 Anos	277	274	551	551,00

Fonte: BI-CSP, acedido a 04.12.2022

Diagnóstico de Situação

Durante as duas primeiras semanas de estágio tive oportunidade de realizar observação participativa nas consultas de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil de forma a conhecer a realidade e a dinâmica dos cuidados prestados, bem como reconhecer o perfil da população abrangida por esta unidade de saúde. Através de reuniões informais com a senhora enfermeira orientadora e restante equipa, foi possível identificar como especial necessidade da população, a realização de formação aos pais de crianças recém-nascidas, para aumento da sua literacia em saúde.

Através de observação das Consultas de Saúde Infantil e Juvenil, pude constatar uma falta de conhecimento por parte das famílias não só sobre a importância da lavagem nasal, como também sobre a técnica e os momentos em que a devem executar de forma a prevenir o surgimento de complicações respiratórias. Além desta técnica, as famílias também manifestaram défices de conhecimentos relativos à forma de atuação – em caso de febre -, e inúmeras dúvidas e dificuldades com amamentação (mais de 50% da população que frequentou as consultas não sabia dar resposta a estas intervenções).

Perante o diagnóstico “capacitação ineficiente” para as atividades acima descritas, propus a realização de sessões de educação para a saúde sobre estes temas, para pequenos grupos de pais de recém-nascidos, e também para a equipa de enfermagem, de forma a melhorar o seu conhecimento e promover a sua capacitação parental com o objetivo de uma melhoria nos cuidados prestados. No caso da equipa de enfermagem, estas sessões permitiram uma atualização dos conhecimentos de forma a melhoria da qualidade dos cuidados. Pretende-se também, com a concretização destas sessões, aprofundar competências de EEESIP, na medida em que **Suporta a prática clínica em evidência científica – Atua como dinamizador e gestor da incorporação de novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos** (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Após conversas informais com a senhora enfermeira orientadora, fui informada da existência de um projeto elaborado nesta unidade de saúde, mas que nunca foi colocado em prática, que preconizava a realização de sessões com grupos de pais, não só para aumentar a sua literacia em saúde, mas também para permitir a troca de experiências entre eles com o objetivo de promover a

capacitação parental. No entanto, com o surgimento da Pandemia por SARS-CoV2, o projeto nunca foi implementado, pelo que a minha sugestão foi recebida com entusiasmo pela equipa, de forma que possam depois dar continuidade à realização das sessões de educação para a saúde.

Assim sendo, e após a realização do diagnóstico de situação, elaborei objetivos específicos e respetivas atividades a desenvolver, bem como o modo de avaliar a sua eficácia.

Objetivo I: Prestar cuidados à criança/jovem e família no âmbito de cuidados de saúde primários.

Objetivo II: Promover a capacitação parental através da realização de sessões de educação para a saúde.

Tomada de Decisão, Atividades Desenvolvidas e Competências

Ao longo deste estágio, pude colaborar com a senhora enfermeira orientadora na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família em contexto de Consulta Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil (CESIJ) e de Vacinação, para assegurar o cumprimento do esquema vacinal preconizado pelo Programa Nacional de Vacinação (PNV).

A CESIJ está estruturada de acordo com o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil cujo objetivo é promover e assegurar os ganhos em saúde da população. Este, contempla a avaliação estado-ponderal das crianças, a promoção de comportamentos promotores de saúde, a deteção precoce de situações que possam comprometer a qualidade de vida das crianças/jovens, bem como, o apoio e estimulação ao exercício adequado das responsabilidades parentais e promoção do bem-estar familiar (DGS, 2013). Sempre que coincida com as datas de consulta, realiza-se a vacinação das crianças, cumprindo também o PNV.

O primeiro objetivo específico definido para este contexto de estágio foi:

- **Prestar cuidados à criança/jovem e família no âmbito de cuidados de saúde primários.**

Este objetivo foi cumprido através de observação participativa nas CESIJ.

Em cuidados de saúde primários, e ao contrário dos dois últimos contextos de estágio em que estamos maioritariamente perante situações de doença, o foco principal de cuidados é a promoção da saúde e prevenção da doença, sendo que,

a interação entre enfermeiro e as crianças/jovens e família, é o principal instrumento para atingir esse objetivo.

Ao longo do estágio, tive a oportunidade de realizar CESIJ, em que fui, progressivamente, ganhando maior autonomia. Embora estas consultas abrangessem crianças/jovens desde o nascimento até aos 18 anos de idade, a grande percentagem de população que recorreu a este recurso de saúde, foram crianças com idades compreendidas entre o nascimento e os 18 meses. Esta realidade pode ser justificada por corresponder ao período de maior vulnerabilidade das crianças, pelo que já um maior volume de consultas e vacinas a administrar de acordo com as recomendações do PNV, visto a imunização precoce se revelar de extrema importância (DGS, 2020).

Assim sendo, este programa tem como objetivo proteger a população em geral, das doenças que podem constituir ameaça à saúde pública e individual, sendo que a sua prevenção é aferida pela proteção que a vacinação confere. É um programa universal, gratuito e acessível a todas as pessoas residentes em Portugal (DGS, 2020).

Nestas consultas, foi possível verificar que através de uma prática sistematizada e bem estruturada, se favorece não só a aquisição do autocuidado (quando as crianças/jovens têm competência para tal), como também facilita a aquisição de conhecimentos e habilidades, por parte dos pais/cuidadores, permitindo uma melhoria da qualidade de vida das crianças e jovens (Fernandes & Andrade, 2020).

Quando na CESIJ, os utentes são jovens/adolescentes, ao pais têm tendência, muitas vezes, a falar por eles. Por este motivo, procurei falar diretamente com os jovens de maneira que fossem estes a responder e não os pais, lembrando que estes estão ali como a desempenhar um importante papel, mas que é necessário promover a autonomia do jovem. O reconhecer do jovem como um ser cada vez mais autónomo, eleva a sua autoestima e permite que vejam o enfermeiro como um recurso próximo e em quem podem confiar. Deve ser estabelecido um processo de **negociação de saúde** bem como a **tomada de decisão responsável** (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Nestas consultas, e com base no estágio de desenvolvimento da criança, foi trabalhado com os pais/cuidadores, as suas capacidades e competências para melhor cuidar da criança/jovem de forma a estimular e promover o seu crescimento

e desenvolvimento de forma saudável. Neste âmbito, foram desenvolvidas competências de EEESIP uma vez que se **“promoveu o crescimento e o desenvolvimento infantil”** bem como houve uma constante **“promoção da vinculação de forma sistemática”** (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Um dos desafios sentidos diariamente pelos profissionais desta instituição de saúde é a barreira da comunicação. Uma percentagem significativa da população que recorre a esta unidade de saúde é migrante apresentando, muitas vezes, uma barreira linguística que dificulta a comunicação verbal. Neste sentido, não só o respeito pela individualidade de cada família, como também o reconhecimento das suas crenças culturais, são de extrema relevância para que vejam os enfermeiros como uma rede de apoio segura e um elemento a quem podem recorrer. Quando surgem barreiras à comunicação, temos que ser criativos e, utilizar múltiplas ferramentas, entre as quais, o recurso à internet, como forma de minimizar as tais barreiras linguísticas.

A comunicação é uma ferramenta fundamental nos cuidados de enfermagem. Não se pode restringir apenas a questionar queixas ou fazer questões padrão. Deve haver uma sensibilidade acrescida, aprimorado com o desenvolvimento profissional, tendo em consideração as necessidades de cada criança e família (Oliveira, 2021).

Posso referir que me senti à vontade em comunicar com a população, uma vez que os anos de experiência profissional no meio de uma população com uma multiculturalidade muito grande, bem como o meu interesse pessoal em estudos sobre cultura e religião, constituíram ferramentas importantes para trabalhar em parceria com as famílias, desenvolvendo assim competências de EEESIP: **Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura** (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Estas consultas são também um meio de deteção precoce de alterações no padrão de desenvolvimento ou de situações que possam comprometer a vida ou qualidade de vida da criança e adolescente, fazendo-se o respetivo encaminhamento.

Recordo a situação de uma menina de oito anos que foi à consulta de saúde infantil com a sua irmã, também ela muito jovem (apenas 22 anos). Esta jovem adulta, manteve-se quase sempre em silêncio, mas aos poucos, conseguiu-se perceber que era a responsável por quatro crianças muito jovens (a de oito anos

seria a mais velha) e que o esquema vacinal de nenhuma das crianças estava atualizado, por desconhecimento da mesma. A responsabilidade do enfermeiro seria perceber quais as necessidades desta família e procurar uma vigilância mais próxima, agendando consultas com maior regularidade. Tem de existir sensibilidade na abordagem sobre este tema com a jovem adulta, porque a primeira reação que demonstrou foi de medo. Medo de que estivesse a ser negligente e não soubesse cuidar, sendo punida, de alguma forma, por isso. Assisti à explicação, por parte da senhora enfermeira orientadora, de forma assertiva, mas delicada, de que o único objetivo seria ajudar e guiar na educação das crianças e nunca prejudicar. Explicar que o Centro de Saúde é um recurso da Comunidade que tem a porta aberta para apoiar esta e outras famílias dando, assim, resposta a uma das competências do EEESIP na medida em que **“Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem”** (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Se não tivesse existido esta negociação entre enfermeiro e família, a solução seria a referenciação ao Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) deste ACES. O objetivo deste núcleo, é promover os direitos das crianças e jovens garantindo a sua proteção em situações de risco, realizando os respetivos encaminhamentos em caso de necessidade (DGS, 2017).

Foi bastante enriquecedor poder fazer parte do estabelecimento de relação de proximidade com as crianças e suas famílias, e constatar junto da enfermeira orientadora o satisfatório que é, poder acompanhar o desenvolvimento e crescimento, bem como os processos de transição das crianças/jovens e família que acompanha nas consultas. O reconhecimento destes casos exige conhecimentos profundos e perícia, dando também resposta a uma das competências de mestre: “(...) lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem” (Decreto-Lei n.º 63/2016).

Esta proximidade permite também que o enfermeiro conheça a população e consiga mapear na população abrangida pela unidade de saúde, quem não tem a

vacinação atualizada segundo recomendações do PNV, entrando em contacto com as pessoas sinalizadas e incentivando o seu agendamento.

Em suma, a participação nas CESIJ, vai ao encontro das competências de EEESIP, uma vez que presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança/jovem e na sua assistência com vista à maximização da sua saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O segundo objetivo específico definido para este contexto de estágio foi:

- **Promover a capacitação parental através da realização de sessões de educação para a saúde.**

Este objetivo foi um complemento ao trabalho desenvolvido nas CESIJ, em que se promove individualmente o papel parental através de ensinamentos de capacitação.

O Enfermeiro especialista deve suportar a sua prática clínica em evidência científica, identificando lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação e formação bem como atuar como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando os ganhos em saúde dos cidadãos (Ordem dos Enfermeiros, 2019). No decorrer das consultas, mais de 50% dos pais referiram que ou não realizavam lavagem nasal às crianças por não saberem como fazer ou por desconhecimento do manuseamento do material ficando com receio de magoar ou de episódios de engasgamento.

Assim sendo, e como já foi referido anteriormente, realizou-se uma sessão de educação para a saúde com informação teórica suportada com vídeos demonstrativos para melhor compreensão e assimilação da informação recebida. Os pais foram incentivados a manusear o material de forma a reduzir os seus receios no momento da sua utilização e foi também oferecido um conjunto de material para lavagem nasal e respetivas instruções (APÊNDICES VII, VIII, IX, X).

Tendo a CIPE como base para a intervenção de enfermagem **Capacitar**, existem quatro categorias que se devem desenrolar de forma encadeada para o sucesso da capacitação parental, sendo elas Ensinar, Instruir, Treinar e Supervisionar (ICN, 2018). Assim, com o reforço destas sessões de educação para a saúde e o complemento dos conhecimentos adquiridos durante as CESIJ, é

possível reforçar a confiança dos pais, dando-lhes ferramentas adequadas para poderem executar determinados procedimentos no seu ambiente seguro.

Outra das necessidades de formação detetada no decorrer das CESIJ foi o desconhecimento não só sobre os valores de febre, mas como atuar perante o seu surgimento. Além da sessão de educação para a saúde, foi criado um folheto informativo com informações pertinentes para entregar aos pais no final da sessão, mas também como material de suporte às consultas de enfermagem, sendo uma ferramenta eficaz de reforço e complemento da educação para a saúde (APÊNDICES XI, XII).

Estas sessões de educação para a saúde, permitiram promover e reforçar a parceria de cuidados entre pais e enfermeiro, através da partilha de informação pertinente, de forma a que possam prestar os melhores cuidados possíveis aos seus filhos.

Ao longo das sessões, foi incentivada a participação dos pais de forma a tornar o ambiente descontraído e gerou uma rica partilha de experiências e esclarecimento de dúvidas no final da mesma.

Como método de avaliação sobre a eficácia das sessões de formação, foi realizada uma entrevista grupal com questões sobre a sessão e todas foram respondidas corretamente. Foi também entregue um questionário de avaliação para determinar o grau de satisfação da sessão, tendo obtido um feedback bastante positivo e havendo manifestação de interesse em assistir a mais sessões no futuro (APÊNDICE XIII).

Desta forma, foram adquiridas e desenvolvidas as competências de EESIP no que diz respeito à utilização de estratégias motivadoras da criança/jovem e família facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença mas também, na procura sistemática de oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido de adoção de comportamentos potenciadores de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Preparei outra sessão sobre Amamentação (APÊNDICES XIV, XV, XVI), mas que não foi possível realizar devido a fatores externos. No entanto, reuni informação atualizada, bem como o plano de sessão e os diapositivos realizados, e disponibilizei para a equipa de saúde deste contexto de estágio, de forma a contribuir com novos conhecimentos e para o desenvolvimento da prática clínica especializada, como é defendido pelo Regulamento de Competências Comuns do

Enfermeiro Especialista. Tive oportunidade de partilhar com a equipa de saúde conhecimentos atualizados sobre a Amamentação bem como partilha de experiências da minha prática profissional, e esclarecer também algumas dúvidas (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Para esta sessão, contactei previamente uma empresa que comercializa produtos para apoio na amamentação, desde loções de proteção e cicatrização, dispositivos de proteção, entre tantos outros, tendo fornecido amostras para oferecer aos pais bem como folhetos explicativos da sua correta utilização. Este material ficou também disponível no Centro de Saúde, como complemento às consultas de enfermagem realizadas com recém-mamãs.

Com a concretização deste objetivo, é possível assumir e dar resposta a um dos compromissos do EEESIP, colaborando e apoiando a família na adaptação ao processo de saúde da criança através do apoio, ensino, instrução e treino dos pais, dotando-os de conhecimento e capacitando-os para serem os melhores cuidadores dos filhos (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Levo deste contexto de estágio para o meu local de trabalho, o quão importante é reforçar aos pais e famílias o quão valioso é poder ter o contributo e apoio do Centro de Saúde como recurso da comunidade, onde podem recorrer sempre que necessário, e poderem ter um acompanhamento seriado do desenvolvimento da sua criança de acordo com as normas preconizadas pelo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil.

5. CONCLUSÃO

Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica devem ser distinguidos pelas competências técnicas e relacionais que mobilizam nos cuidados prestados às crianças e famílias no decorrer dos seus processos de saúde e doença, mas também, no processo de promoção da saúde. Quando a família não tem capacidade de dar resposta eficaz nestes processos, o enfermeiro deve atuar de modo a capacitá-la e dotá-la de conhecimentos e habilidades que permitam ter autonomia nos processos de tomada de decisão. Há que intervir nos focos do conhecimento e aprendizagem de capacidades, de modo a desenvolver novas competências e sentirem-se capacitados para lidar com os desafios diários, fazendo toda a diferença no seu empoderamento e aumento da confiança.

Ao longo dos diferentes contextos de estágio, tive a oportunidade de desenvolver competências na área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, com particular enfoque na promoção da capacitação parental ao defender os pais como parceiros de cuidados. Analisando este meu percurso, é-me impossível prestar cuidados sem envolver os pais, pois são eles que melhor conhecem os seus filhos, as suas preferências, as suas rotinas, ... Logo, reconhecê-los enquanto parceiros torna a nossa prestação mais fácil e ajustada às reais necessidades dos nossos clientes. Por outro lado, é neste reconhecimento da sua importante responsabilidade, que os pais/cuidadores vêem o enfermeiro como fonte de conhecimento e segurança e a quem podem recorrer em caso de necessidade. Assim sendo, os objetivos delineados ao longo deste ciclo de estudos foram atingidos com sucesso.

É fundamental a criação e implementação de planos de cuidados personalizados e adequados às necessidades de cada criança e família, sendo que o real conhecimento das necessidades só é conseguido se se estabelecer uma relação de confiança entre enfermeiros e cuidadores, de modo a criar espaço para partilha de sentimentos, dúvidas e medos. Ao enfermeiro, cabe a responsabilidade

de acolher e discutir estes processos em parceria, nunca esquecendo a importância do reforço positivo.

O uso de ferramentas de apoio à capacitação parental, que permitam a consolidação da aprendizagem deve ser promovido. Ao longo deste ciclo de estudos, tive possibilidade de utilizar vídeos, entregar guias e folhetos de ensinamentos (alguns deles divulgados em formato digital), o que transmitiu maior segurança aos cuidadores durante a prestação de cuidados aos seus filhos, uma vez que estes materiais permitem consolidar conhecimentos.

Apesar de serem conhecidas as vantagens de uma prática assente num modelo de parceria de cuidados de forma a capacitar eficazmente os pais/família das crianças e jovens, ainda existem muitos obstáculos à sua total implementação nos serviços, até pelos próprios profissionais de saúde. No entanto, a motivação para a mudança está presente nos profissionais e nos serviços, havendo sempre esperança de um amanhã melhor e sem constrangimentos para o desenvolvimento de uma parceria de cuidados para melhor “Capacitar”. No decorrer deste ciclo de estudos, senti que tive uma grande evolução e um crescimento pessoal e profissional, transmitindo novos conhecimentos no meu local de trabalho e contagiando a equipa para a importância do envolvimento dos cuidadores na nossa prática de cuidados.

A frequência deste ciclo de estudos, teve também como objetivo a atribuição de competências de mestre, conforme o regulamentado no Decreto-Lei n.º 63/2016, de 13 de setembro, do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. As unidades curriculares frequentadas, permitiram o início de aquisição de novas competências que conduziram ao desenvolvimento, planeamento e aplicação dos projetos de estágio. Foi realizada pesquisa aprofundada por evidência científica que permitiu fundamentar os mesmos, utilizando posteriormente instrumentos para o levantamento dos diversos diagnósticos de situação, bem como o delinear e implementar de atividades, e consequente avaliação da eficácia das mesmas.

O realizar de uma Revisão Sistemática de Literatura contribuiu bastante para a minha perceção do quão importante é a prática de investigação e disseminação dos seus achados, promovendo, assim, tal como as competências de Mestre e Enfermeiro Especialista preconizam, uma prática de enfermagem baseada na evidência científica.

Ao longo deste percurso, posso referir como maior dificuldade, a gestão do tempo. A curta duração dos estágios dificultou e quase impossibilitou o realizar duma avaliação dos resultados obtidos das atividades implementadas. No entanto, apesar das dificuldades, os estágios constituíram momentos bastante enriquecedores em termos profissionais. É importante conhecermos novas perspetivas e poder dar e receber formação aos profissionais, crianças e famílias com quem nos cruzamos, esperando assim ter atingido e desenvolvido as competências de EEESIP e de Mestre em Enfermagem.

Desta forma concluo que a formação contínua, bem como a investigação, sustentam as intervenções de enfermagem com base na evidência científica. Conduzem a uma melhoria dos cuidados de enfermagem prestados à criança/jovem e família, reforçando a importância de envolver os pais na prática de cuidados e, aumentando assim, a sua confiança e satisfação. Os enfermeiros reúnem competências necessárias para implementar modelos que reconhecem os pais como parceiros de cuidados, podendo assim dirigir a sua prática como forma a obter ganhos em saúde. São também educadores natos na promoção da saúde, tendo um papel fundamental ao nível da capacitação parental.

Este ciclo de estudos, reforçou em mim, a importância do planeamento em função da visualização dos resultados pretendidos, sempre com o objetivo maior do maior bem estar da criança e família.

Para o meu futuro visualizo um respeito ainda maior para com os pais das crianças que tenho oportunidade de cuidar. Como já foi referido ao longo do relatório, o diagnóstico de enfermagem **Capacitar** exige uma aprendizagem, que consiste em adquirir conhecimentos ou competências por meio de estudo sistemático, instrução, prática, treino ou experiência (ICN, 2018).

Sendo o meu local de trabalho, a Unidade de Cuidados Intensivos de Neonatologia, a Capacitação Parental está presente todos os dias no foco das minhas atividades, para que, no momento da alta, se proporcione aos pais um regresso a casa tranquilo e seguro. Como Enfermeira Especialista Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, pretendo dar o meu contributo num levantamento cuidado das necessidades individuais de cada casal e de cada criança, tomando decisões para as intervenções de enfermagem com base nos diagnósticos selecionados.

Tenciono assim implementar no serviço, e de acordo com os resultados obtidos após a revisão de literatura, um telefonema de seguimento pós alta, a ser realizado 48 a 72h após a mesma. Com este telefonema, pretende-se saber como correu o regresso a casa e, através de questões pré-definidas, recolher dados para trabalhar e dar resposta às lacunas existentes no processo de capacitação.

Com estes resultados, pretendo trabalhar, em conjunto com a minha equipa de trabalho, de forma a colmatar estas necessidades e possamos ser um serviço com resultados de excelência no que à capacitação parental diz respeito.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aromataris E, Munn Z. JBI Manual for Evidence Synthesis [Internet]. Aromataris E, Munn Z, editors. JBI; 2020. Available from: <https://wiki.jbi.global/display/MANUAL>

Arriaga, M. T. de, Santos, B. dos, Silva, A., Mata, F., Chaves, N., & Freitas, G. (2019). *PLANO DE AÇÃO PARA A LITERACIA EM SAÚDE 2019-2021—PORTUGAL*. Direção-Geral da Saúde.

Bandeira, L., Silva, J., Sousa, A., & Carvalho, M. (2021). Promoção do Cuidado Familiar ao Neonato com Estomia Intestinal. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 95(35).

Bandura, A, ed. *Social Learning Theory*, Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1977.

Barry, W, Barin, E, Marshall, L, Doherty, M, Nguyen, E, McLaughlin, C, Kaplan, L, Stein, J & Jensen, A. (2018). Preoperative Educational Intervention Decreases Unplanned Gastrostomy-Related Health Care Utilization. *The American Surgeon*, 84(10), 1555–1559.

Batalla, M., González, M., Valero, C., Cano, A., Moreno, Á., Muñoz, E. & Cardona, A. (2019). Guia de Atención Integral al niño ostomizado. Edição Coloplast Productos Médicos, S.A.. Puntos de Encuentro de Ostomia. Recuperado de https://elrincondelaostomia.es/wp-content/uploads/2019/01/Gu%C3%ADa_Pedi%C3%A1trica_atencion_al_ni%C3%B1o_ostomizado.pdf

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Quarteto Editora. pp. 58-63

Bishop, W & Head, J., (1976). Care of the infant with a stoma. MCN. The American Journal of Maternal Child Nursing, 1(5), 315–319.

Blount, M. (2021) Pediatric Tracheostomy. Journal of nurse life care planning; 21(3): 9-13.

Boat, T, Filigno, S & Amin, R. (2017) Wellness for Families of Children with Chronic Health Disorder. JAMA Pediatrics, Volume 171, N.º 9, 825-826

Casey, A. (1995). Development and use of the partnership model of nursing care. Em E. Glasper, & A. Tucker, *Advances in Child Health Nursing*. Oxford: Scutari Press.

Cerqueira, C. & Barbieri-Figueiredo, M.C. (2020) Cuidados Centrados na Família. Em Ramos, A. & Barbieri-Figueiredo, M. - *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª ed.). Lidel – Edições técnicas.

Cohen, J. F. (2022). Editorial: Insights in General Pediatrics and Pediatric Emergency Care: 2021. *Frontiers in Pediatrics*, 10, 981185. <https://doi.org/10.3389/fped.2022.981185>

Decreto-Lei n.º 63/2016, de 13 de setembro, do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, publicado em Diário da República n.º 26, Série II.

Direção-Geral da Saúde (DGS). (2007) Crianças e Jovens em Risco – Projecto de Intervenção nos Serviços de Saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde (DGS). (2013) Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Norma n.º 010/2013.

Direção-Geral da Saúde (DGS). (2020) Programa Nacional de Vacinação. Norma n.º 018/2020.

Embon, C. M. (1990). Ostomy care for the infant with necrotizing enterocolitis: Nursing considerations. *The Journal of perinatal & neonatal nursing*, 4(3), 56–63.

Fernandes, I. & Andrade, L. (2020) Nas Consultas de Enfermagem em Contexto de Cuidados de Saúde Primários. Em Ramos, A. & Barbieri-Figueiredo, M. - *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª ed.). Lidel – Edições técnicas.

Ferrito, C, Nunes, L & Ruivo M (2010) Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, 1-37.

Fiske, E (2004). Effective strategies to prepare infants and families for home tracheostomy care. *Advances in Neonatal Care : Official Journal of the National Association of Neonatal Nurses*, 4(1), 42–53.

Forest-Lalande, L, Amling, J, Creelman, G, Ekkerman, E, Munoz, E & Verdeyen, S. (2018) Paediatric stoma care Global best practice guidelines for neonates, children and teenagers.

Foster, M. E. (1993). Application of social learning theory to teaching ostomy care to parents of infants with ostomies. *Journal of ET nursing : official publication, International Association for Enterostomal Therapy*, 20(6), 261–266.

Freitas, P.; Marques, A.; Guedes, A. & Valença, A. (2009) Sistema de Triagem de Manchester. Grupo Português de Triagem. Consultado a 29 de Setembro de 2022. Disponível em <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>

Gais Severo, V. R., Passos dos Santos, R., Tasch Neves, E., & Ribeiro, C. F. (2019). Conhecimento Prévio de cuidadoras de crianças com necessidades especiais de saúde: uma abordagem Freiriana. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 18(3), 1–8.

Gao, X; Huang, K; Cui, X; Zhou, C. (2021). WeChat-assisted health education improves care ability, reduces care burden and improves quality of life of parents of

infants after enterostomy. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 57(7), 1067–1071.

Goudarzi, Z, Askari, M, Seyed-Fatemi, N, Asgari, P & Mehran, A. (2016). The effect of educational program on stress, anxiety and depression of the mothers of neonates having colostomy. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine : The Official Journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 29(23), 3902–3905.

Hybschmann, J., Topperzer, M.K., Gjørde, L.K., Born, P., Mathiasen, R., Sehested, A.M., Jennum, P.J., Sørensen, J.L. (2021) Sleep in hospitalized children and adolescents: a scoping review. *Sleep medicine reviews*, 59, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2021.101496>.

Hockenberry, M.J. & Wilson, D. (2015). *Wong's nursing care of infants and children*. 10^a ed. Missouri, Elsevier. ISBN: 978-0-323-22241-9

Huddleston, K & Ferraro, A. (1991). Preparing families of children with gastrostomies. *Pediatric Nursing*, 17(2), 153–158.

ICN (2018). *CIPÉ® Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Edição Portuguesa - Ordem dos Enfermeiros.

IAC (2017). *Carta da criança hospitalizada*. 5^a ed. - Lisboa: Instituto de Apoio à Criança. Pp. 1-14. ISBN 978-972-8003-37-1

Joseph, R (2011). Tracheostomy in infants: Parent education for home care. *Neonatal Network : NN*, 30(4), 231–242.

Lacerda, A, Oliveira, G, Cancelinha, C & Lopes, S (2019). Internamento de crianças com doenças crónicas complexas, *Acta Médica Portuguesa* Jul–Aug;32(7–8):488–498, <https://doi.org/10.20344/amp.10437>

Lee, P. (1998) An analysis and evaluation of Casey's conceptual framework. *International Journal of Nursing Studies*, 35. 204-209.

Leite, R, Oliveira, E, Vasconcelos, V, Silva, D & Martins, M (2016). Processo de cuidar da família com crianças colostomizadas no âmbito domiciliar. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*, 10(4), 1223-1230. <https://doi.org/10.5205/reuol.8464-74011-1-SM.1004201608>

Kohn, J, McKeon, M, Munhall, D, Blanchette, S, Wells, S & Watters, K.(2019). Standardization of pediatric tracheostomy care with «Go-bags». *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 121, 154–156.

Martins M, Pereira V, Fangier A, et al. (2006) A enfermagem, a pessoa com ostomia intestinal e seus familiares. Porto Alegre (RS): Artmed.

Mendes, M.G.S.R. & Martins, M.M.F.P.S (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista Enfermagem de Referência, III Série, n.º6*. 113-121.

Mendes, M. G. (2013). *A natureza da parceria de cuidados de enfermagem em pediatria — Um contributo para a parceria efetiva* [Tese Doutoramento]. Universidade Católica Portugal.

Meyers, N., Glick, A. F., Mendelsohn, A. L., Parker, R. M., Sanders, L. M., Wolf, M. S., Bailey, S., Dreyer, B. P., Velazquez, J. J., & Yin, H. S. (2020). Parents' Use of Technologies for Health Management: A Health Literacy Perspective. *Academic Pediatrics*, 20(1), 23–30. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2019.01.008>

Monteiro, A.J. & Cerqueira, C. (2020) Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey. Em Ramos, A. & Barbieri-Figueiredo, M. - *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª ed.). Lidel – Edições técnicas.

Monteiro, S. de N. C., Carvalho, E. M. P. de, Medeiros, L., Silva, A. L. da, & Guilhem, D. (2018). Educação em saúde para crianças com estomias intestinais: O enfermeiro como mediador do cuidar. *Revista Pesquisa Qualitativa*.

Mörelus, E., Robinson, S., Arabiat, D., & Whitehead, L. (2021). Digital Interventions to Improve Health Literacy Among Parents of Children Aged 0 to 12 Years With a Health Condition: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 23(12), e31665. <https://doi.org/10.2196/31665>

Neves, E., & Cabral, I. (2009). Cuidar de crianças com necessidades especiais de saúde: desafios para as famílias e enfermagem pediátrica. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 11 (3), 557-538.

Oberwaldner, B., & Eber, E. (2006). Tracheostomy care in the home. *Paediatric respiratory reviews*, 7(3), 185–190.

Oliveira, S.M.B.M. (2021). Elementos facilitadores do processo de comunicação na prestação de cuidados de saúde em contexto pediátrico: uma revisão *Scoping*. Politécnico de Viseu – Escola Superior de Saúde de Viseu.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Promover o desenvolvimento infantil na criança. Cadernos O.E, serie I (3) vol. 1.

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Guias Orientadores de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. Cadernos O.E, série 1, n.º 8

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem n.º 351. Diário da República, 2ª série, nº 119.

Ordem dos Enfermeiros. (2017) Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, Pub. L. No. Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho. Diário da República, 2.ª série — n.º 133, pp. 19192-19194.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, Pub. L. No. Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. Diário da República, 2.ª série — N.º 26, pp. 4744-4750.

Orne, J; Branson, K & Cazzell, M. (2018). Boot Camp for Caregivers of Children With Medically Complex Conditions. AACN Advanced Critical Care, 29(4), 382–392.

Page 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.

Perez, RC, Beckom, L, Jebara, L, Lewis, MA & Patenaude, Y (1984). Care of the child with a gastrostomy tube: Common and practical concerns. Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 7(2), 107–119.

Pitoli, P. J., Duarte, B. K., Fragoso, A. A., Damaceno, D. G., & Marin, M. J. S. (2021). Febre em crianças: Procura de pais por serviços médicos de emergência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(2), 445–454. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.40782020>

Prickett, K, Deshpande, A, Paschal, H, Simon, D & Hebbar, KB. (2019). Simulation-based education to improve emergency management skills in caregivers of tracheostomy patients. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, 120, 157–161.

Ramgopal, S., Aronson, P., & Marin, J. (2020). United States' Emergency Department Visits for Fever by Young Children 2007-2017. *Western Journal of Emergency Medicine*, 21(6). <https://doi.org/10.5811/westjem.2020.8.47455>.

Ramos, A. & Barbieri-Figueiredo, M. (2020) *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª ed.). Lisboa: Lidel – Edições técnicas.

Ramos, M., Vilaça, S. & Mendes, G. (2020). O Recém-nascido Pré-termo. In Ramos, A. & Barbieri-Figueiredo, M., *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 118- 134). Lisboa: Lidel – Edições técnicas.

Rémi-Hueckel. (2015). Family - Centered Care of the Child During Illness and Hospitalization. In Hockenberry, M.J.; Wilson, D. – Wong's, *Nursing Care of Infants and Children*. (10th ed. pp. 864-880). Elsevier.

Rodrigues, L. do N., Santos, A. da S., Gomes, P. P. de S., Silva, W. C. P. da, & Chaves, E. M. C. (2020). Construção e validação de cartilha educativa sobre cuidados para crianças com gastrostomia. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73.

Romaniuk, D., O'Mara, L., Akhtar-Danesh, N. (2014). Are parents doing what they want to do? Congruency between parents actual and desired participation in the care of their hospitalized child. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. Vol. 37, n.º2, pp 103-121

Santos, I & Silva, C. (2022) Contexto histórico da estomaterapia em Portugal. *ESTIMA, Brazilian Journal of Enterostomal Therapy*, 16: e0622. https://doi.org/10.30886/estima.v20.1235_PT

Santos, V. & Cesaretti, I. (2015) *Assistência em estomaterapia: cuidando da pessoa com estomia* / editora Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos, Isabel Umbelina Ribeiro Cesaretti. São Paulo (SP): Editora Atheneu; 133-170.

Schweitzer, M.; Aucoin, J.; Docherty, S.; Rice, H.; Thompson, J. & Sullivan, D. (2014). Evaluation of a discharge education protocol for pediatric patients with gastrostomy tubes. *Journal of Pediatric Health Care : Official Publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*, 28(5), 420–428.

Sih, T. & Cavinatto, J.N. A Importância da Higiene Nasal em Crianças. IAPO - Interamerican Association of Pediatric Otorhinolaryngology. https://cdn.gn1.link/iapo/manuals/viii_manual_br_21.pdf

Stetzer, M. (2021). Essential ostomy knowledge for nurses: Promoting adaptation in children with new ostomy and their caregivers. *Pediatric Nursing*, 47(2), 71-78.

Suluhan, D, Yildiz, D, Surer, I, Eren, B & Balamtekin, N (2021). Effect of Gastrostomy tube feeding education on parents of children with gastrostomy. *Nutrition in Clinical Practice*, 36(6), 1220-1229. <https://doi.org/10.1002/ncp.10586>

Tofil, N, Rutledge, C, Zinkan, L, Youngblood, A, Stone, J, Peterson, D, Slayton, D, Makris, C, Magruder, T & White, M. (2013). Ventilator caregiver education through the use of high-fidelity pediatric simulators: A pilot study. *Clinical Pediatrics*, 52(11), 1038–1043.

Universidade Católica Portuguesa (2017). Mestrado em Enfermagem, Natureza Profissional – Regulamento Geral. Instituto Ciências da Saúde.

Viana, I.S, Silva, L.F, Cursino, E.G., Conceição, D.S., Goes, F.G.B, Moraes, J.R.M.M. (2018). Encontro educativo da enfermagem e da família de crianças com necessidades especiais de saúde. *Texto Contexto Enferm* 27(3): e5720016

Utami, R.S. & Kep, S. (2012). The Challenges and Strategies to Improve Family-centered Round: A Literature Review. *Nurse Media Journal of Nursing*, 2, 295-303.

Wooldridge, A & Carter, K. (2021). Pediatric and Neonatal Tracheostomy Caregiver Education with Phased Simulation to Increase Competency and Enhance Coping. *Journal of Pediatric Nursing*, 60, 247–251.

World Health Organization (WHO). (1998) Health Promotion Glossary. Regional office for Europe.

World Health Organization (WHO). (2022) Pocket book of Primary health care for children and adolescents – Guidelines for health promotion, disease prevention and management from the newborn period to adolescence. Regional office for Europe. ISBN: 978-92-890-5784-4.

Zacarin, C., Borges, A., & Dupas, G. (2018). The family's experience of children and adolescents with gastrointestinal stomas. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 17 (2), 1-7. <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v17i241278>.

APÊNDICE I – Resultados dos estudos incluídos na *scoping review*

Quadro 2 - Resultados dos estudos incluídos na *scoping review*

Ano, País, Autores	Título, Fonte, Tipo Ostomia	Tipo de Estudo, Amostra, Objetivo	Intervenções de Enfermagem/ Resultados
2017, Estados Unidos da América Hartnick, C; Diercks, G; Guzman, V; Hartnick, E; Cleave, J & Callans, K.	A quality study of family-centered care coordination to improve care for children undergoing tracheostomy and the quality of life for their caregivers. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. <i>Ostomia Respiratória</i>	Estudo Quantitativo Quasi-experimental Grupo controlo - 10 pais de crianças traqueostomizadas; Grupo experimental - 22 cuidadores de crianças que foram traqueostomizadas Objetivo: Avaliar o impacto de um Programa de Coordenação de Cuidados Centrados na Família, na qualidade dos cuidados recebidos por crianças submetidas a traqueostomia e seus cuidadores.	Programa de coordenação de cuidados centrados na família, cujas intervenções são: <u>programar</u> diariamente os ensinamentos para a alta, mudanças no cuidado à criança, <u>treinar</u> quase continuamente o cuidador e a equipa de enfermagem bem como, <u>mentoria</u> com outras famílias que possam compartilhar as suas experiências e <u>vídeos</u> de treino para consultar quando a criança já estiver em casa. Resultados: A aplicação dum programa de Coordenação de cuidados centrados na família para crianças com traqueostomia demonstrou uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados pelos cuidadores a estas crianças vulneráveis. No entanto, talvez devido ao facto de a amostra ser reduzida, não se verifica sensibilidade suficiente para avaliar mudanças na sobrecarga do cuidador.
1993, Estados Unidos da América. Foster, M. E	Application of social learning theory to teaching ostomy care to parents of infants with ostomies. Journal of ET nursing : official publication, International Association for Enterostomal Therapy. <i>Ostomia Intestinal</i>	Estudo Qualitativo Epistemológico Pais de crianças submetidas a ostomias intestinais durante o 1º ano de vida Objetivo: Desenvolver um plano de cuidados de enfermagem para pais/cuidadores de crianças submetidas a ostomias intestinais, com base na teoria da aprendizagem social de Bandura	Principais passos: <u>Avaliar</u> a disponibilidade para aprender; <u>Planear</u> o método de ensino (verbal, escrito, visual, demonstrações); <u>Avaliar</u> comportamentos e habilidades apreendidos; <u>Implementar</u> um plano de ensino; <u>Apoiar</u> e <u>reforçar</u> aprendizagens. Resultados: Implementar um ensino estruturado e efetivo, permite à equipa de enfermagem assistir/apoiar os pais em cada etapa - desde a construção do estoma, até à cirurgia definitiva, até ao encerramento do estoma - bem como no crescimento e desenvolvimento normais da criança ostomizada.
2018, Estados Unidos da América. Orne, J, Branson, K & Cazzell, M.	Boot Camp for Caregivers of Children With Medically Complex Conditions. AACN Advanced Critical Care <i>Ostomia Respiratória</i>	Estudo Quantitativo Quasi-experimental Retrospectivo 34 cuidadores Objetivo: Determinar a eficácia de uma Pré-alta estruturada, tipo programa de treino "Boot Camp style" para cuidadores de crianças com	Método de ensino compreende 9 <u>sessões de treino</u> , cada uma tem que ser completada satisfatoriamente pelos cuidadores, antes de passar à seguinte. Atividades por sessão: <u>observação</u> , <u>discussão</u> e <u>treino</u> da prestação de cuidados num <u>manequim</u> (boneco) Resultados: Este estudo demonstra que o treino precoce e intensivo dos cuidadores pode ter impacto positivo no tempo de internamento, níveis de stress dos cuidadores e custos dos cuidados de saúde, sem comprometer a segurança das crianças.

		necessidades especiais de saúde (Traqueostomizadas).	
1984, Estados Unidos da América. Perez, R, Beckom, L, Jebara, L, Lewis, M & Patenaude, Y.	Care of the child with a gastrostomy tube: common and practical concerns. Issues in Comprehensive Pediatric Nursing <i>Ostomia Gástrica</i>	Revisão de literatura Amostra: não se enquadra no estudo Objetivo: Apresentar as condições pediátricas mais comuns que requerem gastrostomia para manter o estado nutricional da criança. Apresentar os cuidados de enfermagem a ter com uma criança com gastrostomia, o crescimento e necessidades de desenvolvimento e o apoio pedagógico e emocional que é prestado aos pais.	Os pais devem ser <u>instruídos e treinados</u> para prestar todos os cuidados que a criança com gastrostomia necessita, bem como <u>conhecer</u> os sinais de alerta. A elaboração e entrega de <u>um guia</u> para os pais, permite garantir um conhecimento ideal, ao poder ser levado para casa. Resultados: O deslocamento do tubo de gastrostomia pode levar à saída de líquido gástrico, o que pode resultar em graves complicações. É essencial o apoio emocional dos pais, uma vez que sentimentos de culpa influenciam a capacidade dos pais para lidar com a situação.
1976, Alemanha. Bishop, W & Head, J.	Care of the infant with a stoma. The American Journal of Maternal Child Nursing <i>Ostomia Intestinal</i>	Revisão de literatura Amostra: não se enquadra no estudo Objetivo: Descrever os cuidados de enfermagem aos recém-nascidos que são submetidos a ostomias intestinais, incluindo os pais nestes.	Promover junto dos pais a <u>aceitação da imagem corporal</u> dos filhos ostomizados. Realizar uma <u>observação</u> das respostas verbais e não verbais durante a prestação de cuidados à criança. <u>Ensino e instrução</u> oral, seguido de <u>treino</u> progressivo, levando à transição do hospital para casa. Resultados: O tratamento básico apresentado demonstrou um grande sucesso na reabilitação pós-operatória do recém-nascido com ostomia e na preparação da sua família para o receber em casa.
2019, Brasil. Severo, V, Santos, R, Neves, E, & Ribeiro, C	Conhecimento prévio de cuidadoras de crianças com necessidades especiais de saúde: uma abordagem freireana. Ciência, Cuidado e Saúde. <i>Ostomia não especificada (crianças com necessidades especiais de saúde)</i>	Estudo qualitativo 5 mães cuidadoras de crianças com necessidades especiais de saúde Objetivo: Descrever o conhecimento prévio de cuidadoras de crianças com necessidades especiais de saúde sobre os cuidados com seus filhos.	Para que a educação em saúde seja efetiva, eficaz e atenda às reais necessidades dos cuidadores de crianças com necessidades especiais de saúde, a equipa de enfermagem deve estabelecer uma <u>relação terapêutica</u> através de uma <u>escuta ativa</u> e uma <u>comunicação eficaz</u> . Resultados: A abordagem Freireana permite ampliar as possibilidades da prática de educação em saúde, que considere, valorize e respeite os conhecimentos prévios dos cuidadores na elaboração de um plano de cuidados coerente, que corrobore para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados a essas crianças.
2020, Brasil. Rodrigues, L. do N., Santos, A. da S.,	Construção e validação de cartilha educativa sobre cuidados para crianças com gastrostomia.	Estudo qualitativo metodológico Amostra: não se enquadra no estudo Objetivo:	Construção e validação de uma <u>cartilha educativa</u> sobre os cuidados à criança com gastrostomia; Abordagem participativa durante o diagnóstico situacional permitiu às cuidadoras identificar quais os domínios a serem abordados dando resposta às reais necessidades quotidianas, bem como ao uso de vocabulário e ilustrações de fácil compreensão. Resultados:

Gomes, P. P. de S., Silva, W. C. P. da, & Chaves	Revista Brasileira de Enfermagem. <i>Ostomia Gástrica</i>	Descrever o processo de construção e validação de uma cartilha educativa direcionada a cuidadores sobre cuidados para crianças com gastrostomia.	A cartilha pode ser considerada uma ferramenta capaz de auxiliar cuidadores na manutenção de boas práticas nos cuidados da criança com gastrostomia.
2018, Brasil. Monteiro, S., Carvalho, E., Medeiros, L., Silva, A., & Guilhem, D.	Educação em saúde para crianças com estomias intestinais: o enfermeiro como mediador do cuidar. Revista Pesquisa Qualitativa. <i>Ostomia Intestinal</i>	Revisão de literatura Amostra: não se enquadra no estudo Objetivo: Conhecer e analisar a literatura especializada e atualizada desenvolvida pela enfermagem acerca da educação em saúde para crianças com estomias intestinais	Da análise resultaram 4 categorias de intervenção de enfermagem: <u>educação</u> em saúde, <u>atuação</u> do enfermeiro, <u>plano de cuidados</u> e <u>inserção social</u> . Resultados: Empoderar os cuidadores de crianças com ostomias intestinais, faz toda a diferença no enfrentamento da situação. O planejamento dos cuidados deve ser sistemático e articulado para atender às necessidades de cada criança/família, possibilitando a discussão para reforçar a importância das melhores práticas.
2004, Estados Unidos da América. Fiske, E.	Effective strategies to prepare infants and families for home tracheostomy care. Advances in Neonatal Care: Official Journal of the National Association of Neonatal Nurses. <i>Ostomia Respiratória</i>	Revisão de literatura Amostra: não se enquadra no estudo Objetivo: Fornecer uma visão global dos cuidados à criança traqueostomizada e os elementos essenciais para realizar o ensino à família.	<u>Planeamento</u> para uma transição segura para casa: <u>Orientação</u> e <u>ensino</u> antecipatório, planejamento do <u>follow-up</u> , <u>recursos comunitários</u> Resultados: Um programa de educação abrangente para as famílias, pode facilitar a transição do hospital para casa. A continuidade de cuidados pode ser mantida através de visitas domiciliares, <i>follow-up</i> , e fornecimento de equipamentos e dispositivos para casa. A equipa de enfermagem pode tornar uma situação de crise numa oportunidade de crescimento para as famílias através da antecipação das necessidades e um plano de alta abrangente.
2021, Estados Unidos da América. Stetzer, M	Essential Ostomy Knowledge for Nurses: Promoting Adaptation in Children with New Ostomy and Their Caregivers. Pediatric Nursing. <i>Ostomia Intestinal</i>	Revisão de literatura Amostra: não se enquadra no estudo Objetivo: Defender o envolvimento ativo da equipa de enfermagem na educação dos pacientes e cuidadores para a gestão do melhor cuidado perante a nova condição de ostomia.	A equipa de enfermagem deve <u>encorajar</u> os cuidadores a prestarem cuidados específicos com o mínimo de stress possível. Realizar <u>ensinos</u> segundo um plano de troca de dispositivos de ostomia, <u>fornecer recursos na comunidade</u> para pacientes e cuidadores. É recomendada a <u>adaptação dos ensinamentos</u> segundo os estádios de desenvolvimento de Erikson, permitindo a promoção do enfrentamento e adaptação à nova condição. Resultados: A equipa de enfermagem está posicionada de forma privilegiada para promover uma adaptação bem sucedida à nova ostomia, apoiando os pacientes e cuidadores na aquisição de conhecimento e habilidades técnicas necessárias para se tornarem proficientes no cuidado a ostomia e apoiando a adaptação às alterações corporais que são criadas pela ostomia. Providenciar cuidados com vista ao desenvolvimento da criança ostomizada e realizar ensinamentos adaptados à idade da criança e seus cuidadores irá estabelecer uma base estável para uma transição bem sucedida para a vida com uma ostomia.
2014,	Evaluation of a discharge education protocol for	Estudo quantitativo	Antes do procedimento:

Estados Unidos da América. Schweitzer, M, Aucoin, J, Docherty, S, Rice, H, Thompson, J & Sullivan, D.	pediatric patients with gastrostomy tubes. Journal of Pediatric Health Care: Official Publication of National Association of Pediatric nurse associates & practitioners. <i>Ostomia Gástrica</i>	26 cuidadores de pacientes pediátricos dos 0-17 anos Objetivo: Avaliar o impacto de um protocolo educacional pré-procedimento para pais/cuidadores e crianças que vão ser submetidas a gastrostomia.	<u>Educação</u> básica através do uso de uma <u>lista de verificação de ensino</u>, entregues <u>materiais de educação</u> com recapitulação do ensino pela equipa de enfermagem (DVD) e guias. Pós-procedimento: <u>Identificação</u> e <u>solicitação</u> de dispositivos necessários para os cuidados em casa. Educação para a alta: Providenciar <u>ensino</u> com recurso à <u>lista de verificação de ensino</u>. Este inclui recapitulação da informação do <u>guia</u>, do <u>DVD</u>, e <u>demonstração</u> da evolução dos cuidados. <i>Follow-up</i>: <u>Chamadas telefônicas</u> para verificar e certificar que não existem preocupações com dispositivos ou nos cuidados. <i>Follow-up</i> após 3 meses: Retorno do paciente para <u>ensino</u> final e <u>avaliação</u> da gastrostomia. Resultados: A implementação deste protocolo educacional resultou em melhores cuidados, maior conhecimento acerca dos cuidados, e diminuição da ansiedade dos cuidadores, tendo sido bem aceite pelos profissionais de saúde.
1990, Estados Unidos da América. Embon, C	Ostomy care for the infant with necrotizing enterocolitis: nursing considerations. The Journal of perinatal & neonatal nursing <i>Ostomia Intestinal</i>	Revisão de literatura Amostra: não se enquadra no estudo Objetivo: Manter a responsabilidade da equipa de enfermagem perante a realização de ostomia intestinal após tratamento cirúrgico de enterocolite necrosante (NEC), pela adequação do cuidado, bem como ensino e apoio necessários para garantir um nível ótimo de envolvimento parental.	Devem ser realizados <u>ensinos</u> segundo um plano de cuidados. O envolvimento dos pais nos cuidados à ostomia devem ser iniciados o mais precocemente possível após a cirurgia. Os pais devem conseguir mudar o dispositivo pelo menos 3 vezes antes da alta. O Plano de educação compreende <u>ensinos</u> pré-operatórios, <u>ensinos</u> pós-operatórios, <u>demonstração</u> de cuidados, <u>treino</u> parental (demonstração de autonomia nos cuidados ao filho), <u>informação</u> acerca de recursos na comunidade. Resultados: A realização de uma ostomia intestinal é algo inesperado. Uma adequada avaliação, bem como a implementação de intervenções de enfermagem adequadas permitem um cuidado adequado à criança ostomizada.
2021, Estados Unidos da América. Wooldridge, A & Carter, K.	Pediatric and Neonatal Tracheostomy Caregiver Education with Phased Simulation to Increase Competency and Enhance Coping. Journal of Pediatric Nursing <i>Ostomia Respiratória</i>	Estudo Quantitativo Quasi-experimental 20 famílias de crianças traqueostomizadas Objetivo: Verificar se a implementação de um projeto de simulação aumenta a competência do cuidador e diminui o nível de ansiedade no cuidado da criança traqueostomizada.	Neste programa dirigido por enfermeiros, a <u>simulação</u> é integrada na <u>educação</u> tradicional já prestada, em 4 fases: Fase 1 - familiarização do cuidador com a traqueostomia e dispositivos junto do leito do paciente. Fase 2 - os cuidadores da criança familiarizam-se com a traqueostomia em casa e com os materiais no laboratório de habilidades do centro de simulação. Fase 3 - o cuidador participa em 2 cenários, com um manequim pediátrico de baixa fidelidade com traqueostomia congruente com a idade da criança, num ambiente domiciliar controlado. Fase 4 - os familiares demonstram conforto e competência de habilidades, incluindo uma mudança completa de traqueostomia, na criança na unidade de cuidados intensivos. A conclusão da fase 4, apoia a preparação da família para a alta. Resultados:

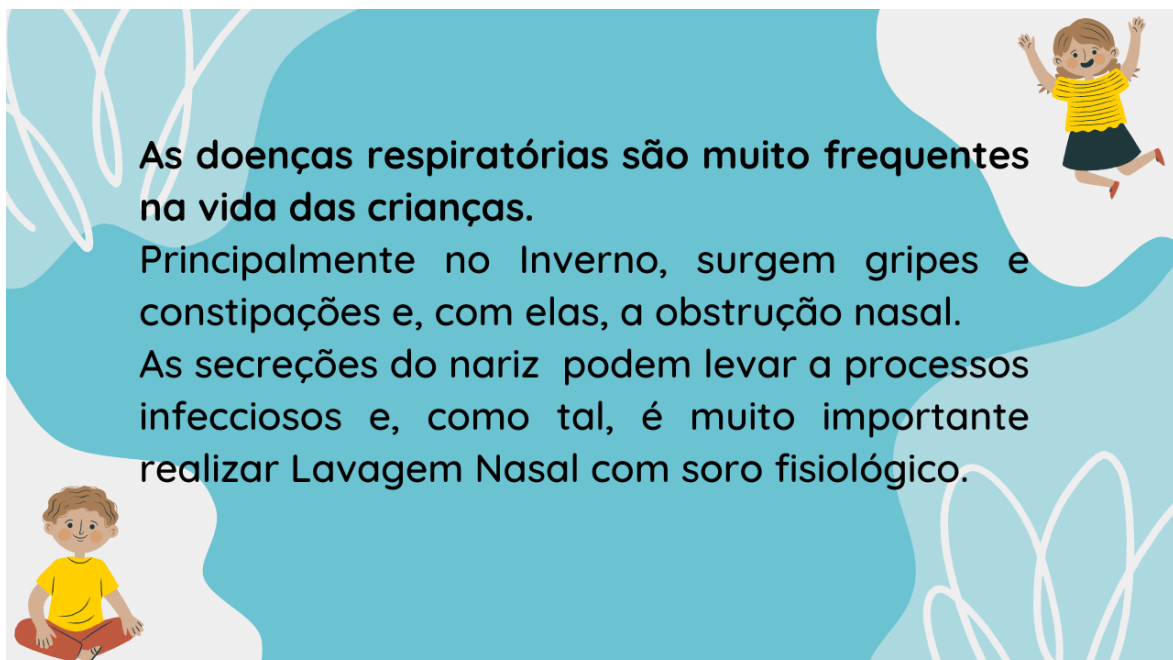
			Este programa é benéfico, demonstra a melhoria da qualidade de ensino, reduz o stress e aumenta o conforto dos pais enquanto estes se preparam para a transição para casa, com novas responsabilidades no cuidado da sua criança.
2018, Estados Unidos da América. Barry, W, Barin, E, Marshall, L, Doherty, M, Nguyen, E, McLaughlin, C, Kaplan, L, Stein, J & Jensen, A	Preoperative Educational Intervention Decreases Unplanned Gastrostomy-Related Health Care Utilization. The American Surgeon. <i>Ostomia Gástrica</i>	Estudo quantitativo Este programa é benéfico, demonstra a melhoria da qualidade de ensino, reduz o stress e aumenta o conforto dos pais enquanto estes se preparam para a transição para casa, com novas responsabilidades no cuidado da sua criança. Objetivo: Verificar se a implementação de um programa de ensino no pré-operatório, aos pais/cuidadores de crianças com gastrostomia, diminui as visitas inadequadas ao hospital.	Implementação de um curso educacional didático sobre o tubo de gastrostomia. O curriculum do curso inclui um <u>vídeo educativo</u> acerca dos cuidados com a gastrostomia, que é visionado antes de irem às aulas. O conteúdo educacional deste curso interdisciplinar é voltado para a autoeficácia do cuidador e tem como objetivos: <u>familiarizar</u> os cuidadores com os tipos mais comuns de gastrostomia; <u>capacitar</u> os cuidadores para realizar cuidados de rotina; <u>promover</u> o conforto na triagem de complicações comuns da gastrostomia, como extravasamento, problemas de conexão, irritação da pele, granulomas e deslocamento. Resultados: A participação da família neste curso diminuiu a utilização dos cuidados de saúde em 1 ano. Estes resultados sugerem que a educação em gastrostomia pode ajudar a capacitar as famílias, a realizarem a triagem adequada de complicações relacionadas com a gastrostomia, prestar melhores cuidados em casa e diminuir a sobrecarga dos cuidadores.
1991, Estados Unidos da América. Huddleston, K & Ferraro, A.	Preparing Families of Children With Gastrostomies. Pediatric Nursing. <i>Ostomia Gástrica</i>	Revisão de literatura Amostra: não se enquadra no estudo Objetivo: O cuidado integral da criança com gastrostomia deve ir mais além do internamento inicial para a colocação. O cuidado pós-operatório ideal e os ensinamentos adequados são apenas os primeiros passos para atender às necessidades psicológicas e de desenvolvimento da criança e família. O processo de educação deve incluir a família e profissionais da comunidade.	Preparação da alta: Criação de várias <u>listas de verificação</u> de planeamento de ensino, de equipamento, de ensino perante complicações e verificação de ensino e aquisição de competências. Suporte de enfermagem no domicílio. Follow-up pós-operatório. A pedido das famílias, foi estabelecido um seminário de Gastrostomia, para atualização de conhecimentos, e facilitar a partilha com outras famílias. É também um momento de aprendizagem para os vários profissionais de saúde que prestam cuidados a estas famílias. Resultados: As crianças com uma gastrostomia apresentam desafios únicos à equipa de enfermagem. As crianças são muito diferentes dos adultos, e como tal, requerem cuidados mais especializados quer fisicamente quer psicologicamente.
2021, Brasil. Bandeira, L., Silva, J., Sousa, A., & Carvalho, M.	Promoção do cuidado familiar ao neonato com estomia intestinal. Revista Enfermagem Atual In Derme. <i>Ostomia Intestinal</i>	Revisão de literatura Amostra: não se enquadra no estudo Objetivo: Identificar as estratégias de enfermagem para promoção do cuidado familiar do neonato com estomia intestinal.	As estratégias de enfermagem para a <u>promoção do cuidado</u> familiar foram: <u>cartilha educativa</u> , <u>redes sociais</u> de apoio, <u>vídeo educativo</u> , <u>Instruções escritas</u> e <u>reuniões</u> de ensino e <u>programa educativo</u> . Resultados: As estratégias educativas são importantes para garantir a preparação e autonomia dos pais para o cuidado e consequentemente o bem-estar dos pacientes.
2019,	Simulation-based education to improve	Estudo quantitativo quasi-experimental	Programa de Educação de Simulação: inclui <u>aprendizagem</u> em sala de aula, <u>ensino</u> individualizado, <u>ensino</u> à beira do leito, e <u>demonstração</u> de habilidades do cuidador. Depois de

Estados Unidos da América. Prickett, K. Deshpande, A. Paschal H, Simon, D & Hebban K	emergency management skills in caregivers of tracheostomy patients. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology <i>Ostomia Respiratória</i>	39 cuidadores de crianças traqueostomizadas Objetivo: Perceber se a implementação de um programa de educação de traqueostomia baseado em simulação de alta-fidelidade melhora a confiança dos pais/cuidadores de crianças traqueostomizadas.	completar o treino básico, 2 cuidadores de cada paciente têm que completar 3 cenários de <u>simulação</u> : reconhecer e tratar eventos de dessaturação, rolhão de muco e descanulação acidental. Resultados: O treino por simulação é uma forma realista e eficaz de providenciar experiências aos cuidadores na gestão de emergências relacionadas com a traqueostomia. Pode aumentar a confiança e a preparação para a alta dos cuidadores de crianças com traqueostomia e pode destacar as lacunas de habilidades que permitem a reeducação direcionada antes da alta hospitalar.
2019, Estados Unidos da América. Kohn, J, McKeon, M, Munhall, D, Blanchette, S, Wells, S & Watters, K.	Standardization of pediatric tracheostomy care with «Go-bags». International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology <i>Ostomia Respiratória</i>	Estudo quantitativo 292 pacientes Objetivo: Descrever como os materiais de emergência para a traqueostomia pediátrica e a padronização da educação com o uso de “Go-bags”, demonstram impacto nos eventos adversos relacionados com a traqueostomia.	Todos os cuidadores recebem um <u>saco “Go-bag”</u> e <u>educação</u> sobre cuidados estruturados à traqueostomia e <u>planeamento</u> em situações de emergência. Cada saco contém material cuidadosamente organizado pronto para ser usado numa situação de emergência, e um diagrama tipo <u>checklist</u> para facilitar a organização e reposição do material. Cada vez que a criança vai ao hospital o saco é verificado e reposto se necessário. Resultados: O recurso “Go-bag” para traqueostomia foi desenvolvido para padronizar a educação do paciente e da família em relação aos materiais para os cuidados à traqueostomia. É uma intervenção simples que pode melhorar drasticamente a qualidade do atendimento aos pacientes com traqueostomia, podendo diminuir eventos adversos.
2016, Irão. Goudarzi, Z, Askari, M, Seyed-Fatemi, N, Asgari, P & Mehran, A.	The effect of educational program on stress, anxiety and depression of the mothers of neonates having colostomy. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine : The Official Journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians. <i>Ostomia Intestinal</i>	Estudo quantitativo Ensaio clínico 42 mães: 21 grupo experimental; 21 grupo controlo Objetivo: Demonstrar o impacto de um programa educacional para mães de crianças com colostomias, no seu empoderamento no cuidar dos seus recém-nascidos.	O programa de educação inicia-se no dia a seguir à cirurgia, individualmente, durante 30-45min num total de 3 sessões. Nestas <u>sessões</u> são abordados todos os cuidados inerentes à presença de uma colostomia bem como cuidados a ter no caso de surgirem complicações. Questões de empoderamento familiar e planeamento de viagens são também abordadas. Também receberam um número de <u>telefone</u> para possíveis dúvidas após as sessões de treino. Resultados: É necessário apresentar uma formação de enfermagem com ênfase na participação ativa da mãe no processo de cuidar e tratamento do bebé. De acordo com os resultados obtidos no presente estudo, stress, ansiedade e depressão foram significativamente menores nos hospitais experimentais em comparação aos hospitais de controlo após a implementação do programa educacional. Neste estudo, verificamos que a cartilha e as sessões de treino presencial podem ser eficientes para mães de neonatos com colostomia.
2006, Áustria.	Tracheostomy care in the home.	Revisão de literatura Amostra: não se enquadra no estudo	<u>Educação</u> pré-operatória com recurso a <u>modelos</u> , <u>desenhos</u> e <u>vídeos</u> . Pós-operatório, os pais são <u>encorajados</u> a passar o máximo de tempo com a criança para ganharem confiança. Os cuidados são <u>demonstrados</u> na criança e gradualmente assumidos pelos pais. Antes da alta os pais <u>treinam</u> os cuidados com os dispositivos que vão levar para casa. Antes da alta, a criança e

Oberwaldner, B & Eber, E.	Paediatric respiratory reviews. <i>Ostomia Respiratória</i>	Objetivo: Descrever os cuidados a ter com a criança traqueostomizada bem como promover um programa estruturado e detalhado de ensino aos pais/cuidadores	os pais são transferidos para um quarto individual onde ficam 24h por dia simulando os cuidados a ter em casa de forma a <u>promover</u> autonomia e confiança. Antes da alta, é entregue um <u>Kit</u> de emergência, que deve acompanhar sempre a criança, possuindo todo o material necessário aos cuidados com a traqueostomia. Resultados: Cuidar de uma criança com traqueostomia crónica em casa é um desafio que pode ser enfrentado com confiança através da presença de um kit de emergência otimizado, cuidadores motivados, treino e educação adequados, ambiente doméstico bem preparado e equipado, apoio da família alargada e da comunidade, e veículos de comunicação bem estabelecidos com a equipa de saúde.
2011, Estados Unidos da América. Joseph, R	Tracheostomy in infants: parent education for home care. Neonatal Network : NN. <i>Ostomia Respiratória</i>	Revisão de literatura Amostra: não se enquadra no estudo Objetivo: Ajudar os enfermeiros na preparação dos pais de crianças com traqueostomia na promoção de cuidados seguros e de qualidade após a alta. Descrever o conhecimento, atitudes e habilidades que os pais devem adquirir antes da alta.	<u>Capacitar</u> os pais com habilidades para cuidar do filho traqueostomizado de forma independente no domicílio. Os pais aprendem estas habilidades participando em <u>sessões</u> , assistindo a <u>vídeos</u> , e <u>participando</u> nos cuidados diários do bebé com os enfermeiros. Antes da alta os pais podem ficar 24h ou mais a <u>prestar</u> cuidados de forma independente até sentirem confiança para a alta. Resultados: O planeamento e a preparação cuidadosa da alta são a chave para uma transição bem sucedida para os cuidados domiciliários. O envolvimento ativo dos pais no cuidado ao seu filho, mesmo em situações de saúde críticas, pode ajudá-los na sua adaptação. Os pais devem desenvolver as suas capacidades/habilidades de cuidar, participando em sessões, assistindo a vídeos e realizando demonstrações de aquisição de habilidades nos cuidados. A equipa de enfermagem desempenha um papel fundamental no treino dos pais de forma regular e contínua, tanto no contexto formal como informal, para uma transição segura e bem-sucedida para cuidados domiciliários.
2013, Estados Unidos da América. Tofil, N,Rutledge, C,Zinkan, L,Youngblood, A,Stone, J,Peterson, D,Slayton, D,Makris, C,Magruder, T & White, M.	Ventilator caregiver education through the use of high-fidelity pediatric simulators: a pilot study. Clinical Pediatrics. <i>Ostomia Respiratória</i>	Estudo misto 7 famílias participantes no treino de simulação de ventilação domiciliar (inicialmente 15, mas 5 mudaram de contacto e 3 recusaram participar na fase final - 1 por morte do filho durante uma cirurgia e 2 por estarem muito ocupadas) Objetivo: Programas de ventilação domiciliar foram desenvolvidos para treinar pais de crianças com necessidades especiais de saúde. São usados simuladores nos cuidados de saúde, mas não para o ensino dos pais.	<u>Instruir</u> os pais na atuação em caso de desconforto respiratório, saída acidental da cânula de traqueostomia, reinserção da cânula, aspiração de vômito ou secreções, remoção de água dos circuitos do ventilador, interpretação e resolução de alarmes de ventilador bem como ressuscitação cardiopulmonar. Fornecer <u>feedback</u> após <u>sessões</u> de <u>treino</u> nos simuladores para <u>reforçar</u> as habilidades corretas, <u>estimular</u> pensamento crítico e <u>promover</u> a confiança. Permitir que sejam <u>esclarecidas</u> dúvidas. Fornecer um <u>cartão de referência de emergência</u> para as famílias. Resultados: As famílias referiram menos stress ou medo em relação aos cuidados dos seus filhos. Vantagens da simulação: promove a capacidade de aprendizagem prática, a capacidade de praticar perante cenários de emergência raros bem como a realidade da simulação. Estes cenários ajudaram as famílias consciencializarem-se da responsabilidade que é cuidar de um filho com necessidades médicas complexas no domicílio.

		Neste estudo, pretende-se avaliar a resposta dos pais após a introdução de simuladores no Programa de Ventilação Domiciliar.	
2021, China. Gao, X,Huang, K,Cui, X & Zou, C.	WeChat-assisted health education improves care ability, reduces care burden and improves quality of life of parents of infants after enterostomy. Journal of Paediatrics and Child Health. <i>Ostomia Intestinal</i>	Estudo quantitativo retrospectivo quasi-experimental 106 participantes grupo WeChat 92 participantes grupo controlo Objetivo: Explorar o efeito da implementação da ferramenta digital de educação WeChat para pais de crianças submetidas a ostomias intestinais.	<u>Explicar</u> aos pais a doença, o processo de cirurgia e as precauções após a mesma. <u>Orientar</u> para a prática de cuidados e mudança do dispositivo. Fornecer um <u>guia</u> com informações sobre a ostomia, métodos de manuseamento e complicações. Diariamente, um membro da equipa médica fica <u>online para esclarecer</u> problemas dos pais, <u>supervisionar</u> cuidados e relembrar de horários de cirurgia, bem como, <u>analisar</u> os vídeos e fotos enviados semanalmente pelos pais, de cuidados à ostomia. Resultados: A implementação da educação em saúde assistida pelo WeChat para pais de crianças após enterostomia, pode efetivamente melhorar a capacidade de cuidar, reduzir a carga de cuidados dos pais, melhorar a qualidade de vida dos pais e reduzir a incidência de complicações nas crianças.

APÊNDICE II – Folheto Digital sobre Lavagem Nasal





A lavagem nasal é:

- uma técnica segura;
- uma técnica que previne infeções;
- uma técnica económica.



As crianças, em especial as mais jovens, não conseguem ou têm dificuldade em assoar-se, ficando com secreções acumuladas no nariz, o que dificulta a respiração e o seu bem-estar geral.

Nesta situação, a lavagem do nariz com soro fisiológico pode aliviar a obstrução nasal, permitindo a remoção das secreções, o que irá contribuir para um melhor bem-estar da criança e dos pais, incluindo o seu descanso e a capacidade para se alimentar.



**VAMOS APRENDER
COMO?**

VAMOS PRECISAR DE:

- Soro fisiológico;
- Seringa de uso individual;
- Adaptador de seringa (não é "obrigatório", mas consegue uma melhor selagem e adaptação ao nariz);
- No caso dos recém-nascidos, uma fraldinha ou lençol para envolver o bebê de modo a que se sinta mais protegido;
- Toalha de rosto ou resguardo para colocar na frente da criança.



VAMOS FALAR DE QUANTIDADES:

- Recém-nascido - seringa 2 ml
- 3 meses a 1 ano - seringa 5 ml
- Mais de 1 ano - seringa 10 ml



QUANDO REALIZAR?

Sempre que há presença de secreções e/ou congestão nasal.

Pode ser realizada tantas vezes quantas as que sentir que a criança tem necessidade ao longo do dia.



NOTAS IMPORTANTES

Realizar a lavagem nasal **SEMPRE** antes das refeições, para não haver risco de bolar ou vomitar.



NOTAS IMPORTANTES

É importante familiarizar a criança desde cedo com a lavagem nasal e introduzir na sua rotina quando está com secreções no nariz (por exemplo, após o banho).



PASSO-A-PASSO

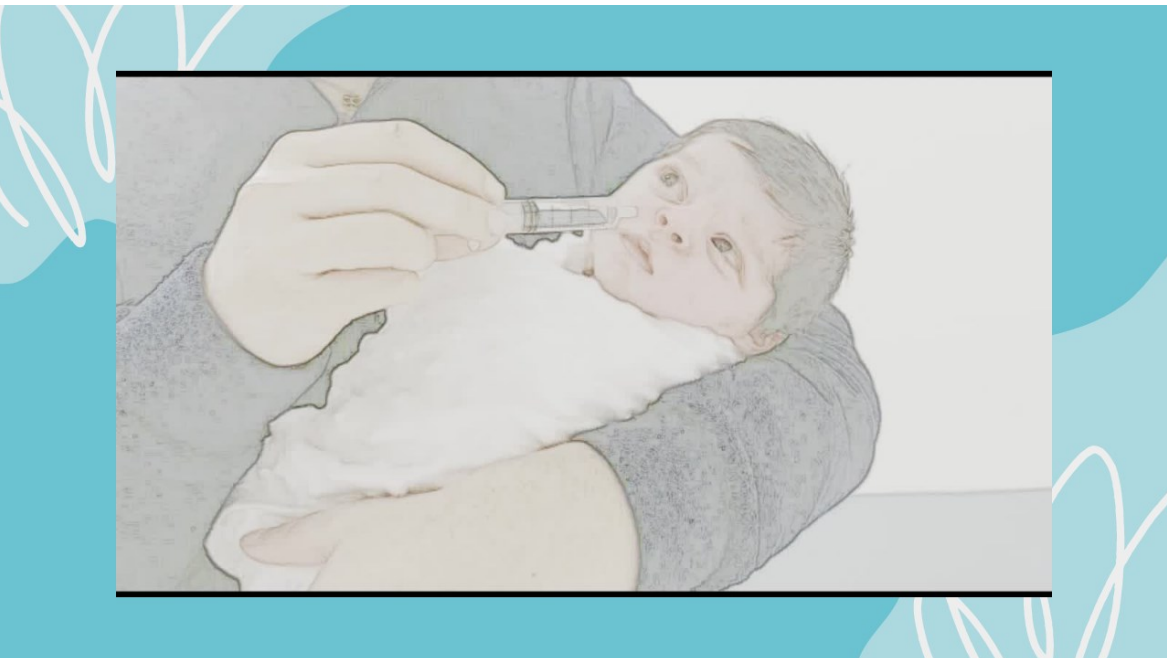


1. Aspirar a quantidade de soro com a seringa (ver tabela das quantidades)
2. Com o bebê ou criança ligeiramente inclinados para a frente e, se possível, com a cabeça um pouco lateralizada, aplicar um jato de soro na narina superior, de forma contínua e de modo a que saia em coluna pela narina contrária.
3. Repetir o procedimento na outra narina.
4. Repetir até as secreções saírem transparentes.
5. Tranquilizar a criança.





https://www.canva.com/design/DAFZolduf8Q/947EqNIsTJv2KQuDfbHQRw/watch?utm_content=DAFZolduf8Q&utm_campaign=designshare&utm_medium=link&utm_source=publishsharelink



https://www.canva.com/design/DAFZoT5u3vA/2iyOyh2mdZQE4S2UCDNEw/watch?utm_content=DAFZoT5u3vA&utm_campaign=designshare&utm_medium=link&utm_source=publishsharelink

NOTAS IMPORTANTES



No caso dos recém-nascidos, a alternativa de posicionamento é realizar a lavagem nasal com o bebê deitado de lado, sendo que a instilação de soro deve ser aplicada na narina superior.



https://www.canva.com/design/DAFZogPmiFg/TsD_lkw35GoEYghPA_Haow/watch?utm_content=DAFZogPmiFg&utm_campaign=designshare&utm_medium=link&utm_source=publishsharelink



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bizzotto, C.H.L.D. & Fonseca, C.R.B. (2020) Limpeza nasal, como fazer? Recomendações - Atualização de condutas em Pediatria. Departamentos Científicos SPSP Gestão 2019-2022. pp. 3-5. Luce Editora. https://www.spsp.org.br/site/asp/recomendacoes/Rec91_PedAmbulatorial.pdf
2. Cabaillot, A., Vorihon, P., Roca, M., Boussageon, R., Eschallier, B., Pereira, B. (2020) Saline nasal irrigation for acute upper respiratory tract infections in infants and children: A systematic review and meta-analysis. *Paediatr Respir Rev* (36) pp. 151-158. DOI 10.1016/j.prrv.2019.11.003.
3. Magalhães, F. (2022) Higienização nasal no recém-nascido. Serviço Nacional de Saúde. Consultado a 14 de Setembro de 2022. Disponível em: <https://www.chts.min-saude.pt/barrigas-e-rebentos/higienizacao-nasal-no-recem-nascido/>
4. Sih, T. & Cavinatto, J.N. A Importância da Higiene Nasal em Crianças. IAPO - Interamerican Association of Pediatric Otorhinolaryngology. https://cdn.gn1.link/iapo/manuals/viii_manual_br_21.pdf
5. Wu, D., Chang, F., Hong, J., Wei, Y. (2022) Development of an apparatus and procedure for evaluating the efficiency of nasal irrigation. *Eur Arch Otorhinolaryngol* (279). DOI: 10.1007/s00405-021-07249-8

Folheto elaborado por Enfª Vânia Medeiros (aluna do Mestrado de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do ICS da Universidade Católica Portuguesa, sob orientação da Enfª ESIP "2022"

APÊNDICE III – Folheto Digital sobre Febre

QUANDO TENHO QUE IR À
URGÊNCIA POR

FEBRE?

ONDE FOI
AVALIADA?

FOI ADMINISTRADA
MEDICAÇÃO?

QUAL O VALOR DA
TEMPERATURA?

HÁ QUANTOS DIAS
DURA A FEBRE?

RESPOSTAS AQUI:



O MEU FILHO TEM FEBRE

E agora??

A febre, por si só, não é uma doença.

Trata-se de uma manifestação do organismo, decorrente do combate às infecções e, por esse motivo, benéfica.

Quando as situações com febre são graves existem sempre os chamados “sinais de alerta”.



O MEU FILHO TEM FEBRE

E agora??



Febre a partir dos seguintes valores de temperatura:

- Axilar – 37,6°C
- Rectal – 38°C
- Timpânica – 37,8°C (avaliar apenas a partir dos 3 anos)

Sinais de Alerta

- Febre que não reverte com a medicação;
- Mau estado geral;
- Criança/adolescente só tolera a posição deitada;
- Recusa alimentar;
- Criança que não reage a estímulos;
- Aparente dor/sofrimento;
- Gemido mantido;
- Bebê que não aceita colo e apresenta choro inconsolável;
- Manchas no corpo vermelhas ou arroxeadas;
- Dificuldade respiratória mesmo após lavagem nasal;
- Vômitos repetidos entre as refeições;
- Incapacidade em engolir;
- Dificuldade em urinar ou urina com mau cheiro e de coloração mais escura.





O MEU FILHO TEM FEBRE

E agora??

IR À URGÊNCIA SE:

- Além da febre, a criança apresenta algum dos sintomas descritos anteriormente;
- **A criança tem menos de 3 meses;**
- Criança entre 3 a 6 meses com temperatura axilar superior a 39°C;
- Criança com mais de 6 meses com temperatura axilar superior a 40°C;
- Febre há mais de 3 dias;
- Criança com doença crônica.



ANTES DE IR À URGÊNCIA, ADMINISTRAR ANTIPIRÉTICO! (PARACETAMOL OU IBUPROFENO)

Se a criança tem febre, dar **Paracetamol** (intervalo mínimo de 4 horas)

Se a temperatura não baixar até 1 grau/1,5 grau ao fim de 2 horas, pode também dar **Ibuprofeno** (intervalo mínimo de 6 horas)

No caso da criança ter **Varicela** **NÃO DAR** Ibuprofeno.



O MEU FILHO TEM FEBRE

E agora??

O QUE FAZER PARA BAIXAR A TEMPERATURA?

- Manter a temperatura do ambiente entre os 20 e 22°C;
- Promover o repouso e não exigir atividades que impliquem esforço físico;
- Se a criança diz que tem frio, agasalhar com mais roupa, mas sem exagero; Se tiver calor, retirar alguma roupa;
- Evitar roupa de cama demasiado quente;
- Nos bebês ou crianças que não falam, adequar o vestuário de forma a que não fique demasiado quente, mas mantenha o conforto;
- Oferecer líquidos (água ou leite).





O MEU FILHO TEM FEBRE

E agora??

O QUE NÃO FAZER PARA BAIXAR A TEMPERATURA?

- Não forçar a alimentação. A criança come o que tiver vontade;
- Não dar banho morno/frio para baixar a temperatura;
- Não aplicar compressas frias;
- Não despir as crianças se elas referem que têm frio!





TABELA DA DOSE DE PARACETAMOL (BEN-U-RON®)

Se criança
tiver menos
que 3kg, falar
com o médico
assistente
para ajustar a
dose.

PESO (KG)	DOSE (MG)	ML (Quantidade a retirar com a seringa)	RETAL (MG)
		Xarope	Supositório
3	45	1,1	75
4	60	1,5	
5	75	1,9	
6	90	2,3	125
7	105	2,6	
8	120	3,0	
9	135	3,4	250
10	150	3,8	
11	165	4,1	
12	180	4,5	
13	195	4,9	
14	210	5,3	
15	225	5,6	
16	240	6,0	
17	255	6,4	500
18	270	6,8	
19	285	7,1	
20	300	7,5	
21	315	7,9	
22	330	8,3	
23	345	8,6	
24	360	9,0	
25	375	9,4	
26	390	9,8	
27	405	10,1	
28	420	10,5	
29	435	10,9	
30	450	11,3	

Máximo de tomas diárias: 5

Se criança com vômitos, administrar em supositório.

Se criança com diarreia, administrar em xarope.



TABELA DA DOSE DE IBUPROFENO (BRUFEN®)

**Não
administrar
antes dos 6
meses de
idade sem
primeiro falar
com o médico
assistente.**

PESO (KG)	DOSE (MG)	ML (Quantidade a retirar com a seringa)	RETAL (MG)
		Xarope	Supositório
3	23		
4	30		
5	38		
6	45		
7	53		
8	60	3,0	75
9	68	3,4	
10	75	3,8	
11	83	4,1	150
12	90	4,5	
13	98	4,9	
14	105	5,3	
15	113	5,6	
16	120	6,0	
17	128	6,4	
18	135	6,8	
19	143	7,1	
20	150	7,5	
21	158	7,9	150 + 75
22	165	8,3	
23	173	8,6	
24	180	9,0	
25	188	9,4	
26	195	9,8	
27	203	10,1	
28	210	10,5	
29	218	10,9	
30	225	11,3	

Máximo de tomas diárias: 4

Se criança com vômitos, administrar em supositório.

Se criança com diarreia, administrar em xarope.



O MEU FILHO TEM FEBRE

E agora??

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Direção Geral de Saúde [DGS] (2017) Febre na criança/adolescente – Folheto informativo para pais e cuidadores. Lisboa: Departamento de Qualidade de Saúde.
2. Direção Geral de Saúde [DGS] (2018) Febre na Criança e no Adolescente – Definição, Medição e Ensino aos Familiares/Cuidadores. Lisboa: Departamento de Qualidade de Saúde. Norma nº 004/2018 de 03/08/2018
3. Direção Geral de Saúde [DGS] (2018) Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica. Lisboa: Departamento de Qualidade de Saúde. Norma nº 014/2018 de 03/08/2018
4. Infarmed (2020). Ibuprofeno. Consultado a 16 de Setembro de 2022. <https://farmacia24.eu/content/MNSRM/5746342.pdf>
5. Infarmed (2020). Paracetamol. Consultado a 16 de Setembro de 2022. <https://ben-u-ron.pt/wp-content/themes/ben-u-ron/dist/files/folhetos/xarope/folheto-informativo-benuron-150.pdf>
6. Silva, C., Bica, I., Duarte, J., & Dias, M. (2020). Pais/cuidadores da criança com febre – atitudes em contexto de urgência. Millenium, 2(ed espec nº7), 17-25. DOI: 10.29352/mill0207e.02.00388

Folheto elaborado por Enfª Vânia Medeiros (aluna do Mestrado de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do ICS da Universidade Católica Portuguesa, sob orientação da Enfª ESIP [redacted])

2022

APÊNDICE IV – Guia “Cuidar da Criança com Gastrostomia”



Cuidar da Criança com Gastrostomia



Índice

INTRODUÇÃO	2
O QUE É UMA GASTROSTOMIA?	2
QUANDO É QUE HÁ INDICAÇÃO PARA COLOCAR UMA GASTROSTOMIA?	3
TIPOS DE GASTROSTOMIA	3
PASSO A PASSO PARA VERIFICAR A ÁGUA DO BALÃO	5
CUIDADOS NA ADMINISTRAÇÃO DE ALIMENTOS E MEDICAÇÃO	6
LAVAGEM DAS SERINGAS E SONDA DE GASTROSTOMIA PARA BOTÃO	8
BANHO E PISCINA – CUIDADOS	9
CUIDADOS COM A PELE PERI-ESTOMA	10
COMPLICAÇÕES DA PELE	12
SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA COM A GASTROSTOMIA	14
CONTACTOS IMPORTANTES	15
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	16

INTRODUÇÃO

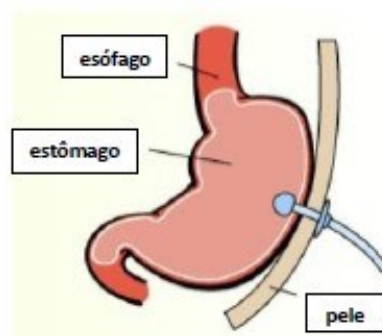
Algumas doenças causam mudanças no mecanismo de deglutição. A paralisia cerebral é a condição com maior indicação para colocação de gastrostomia em crianças. Entre outras alterações, a paralisia cerebral causa rigidez muscular que chega também aos músculos responsáveis pela alimentação e causam dificuldade no ato de engolir os alimentos.

Assim, este guia pretende explicar o que é uma gastrostomia e como cuidar das crianças/jovens com gastrostomia em casa. Foi também concebido de forma a dar resposta a algumas questões complexas e o que é esperado acontecer depois da colocação do dispositivo de gastrostomia.

O QUE É UMA GASTROSTOMIA?

É uma abertura criada cirurgicamente, no qual é colocada uma sonda no estômago.

O estômago é o órgão responsável pela digestão dos alimentos. Normalmente os alimentos chegam ao estômago depois de ter percorrido o caminho da boca e esófago. Com a gastrostomia, os alimentos chegam diretamente ao estômago.



QUANDO É QUE HÁ INDICAÇÃO PARA COLOCAR UMA GASTROSTOMIA?

Este procedimento é indicado, principalmente, para alimentação, podendo ser necessário quando a criança/jovem não for capaz de se alimentar pela boca.

A Gastrostomia não vai prejudicar a criança nem impedi-la de sentir prazer com a refeição. É sim uma forma segura e eficaz de alimentá-la e permitir que cresça e se desenvolva.

TIPOS DE GASTROSTOMIA

Existem vários tipos de sonda de gastrostomia, sendo que a escolha é realizada após avaliação da equipa médica.

Modelo de Botão

Como o próprio nome indica, é um dispositivo muito parecido com um botão. Tem uma abertura que serve para administrar alimentação, água e medicação, devendo ficar fechado nos intervalos.

Vem acompanhado de um tubo extensor, que se adapta ao botão, e por onde é fornecida a alimentação. No final de cada refeição deve ser administrada água e retirado o tubo extensor.

Geralmente, o botão é substituído a cada 12 meses, sendo que a equipa de saúde irá definir esse tempo de troca.





Fig. 1 – Botão gástrico

Modelo de Tubo

Este modelo é comprido e geralmente tem duas (ou 3 aberturas). Quando são três aberturas, uma serve para administração de alimentos e outra para administração de medicação. Devem sempre ficar com a tampa fechada enquanto a criança/jovem não está a ser alimentada.

Geralmente, a sonda/tubo, é substituído a cada 6 a 10 meses, devendo ser definido pela equipa de saúde o tempo de troca.



Fig. 2 – Sondas Gastrostomia

A abertura de extremidade colorida (ver imagem acima) é a que permite controlar o enchimento do balão que prende a sonda dentro do estômago, pelo que não deve ser manipulada sem necessidade!

Para garantir que a sonda não saia acidentalmente, é importante manter o balão com a quantidade de água suficiente. Por isso, é importante verificar uma vez por semana a quantidade de água no balão (respeitar as indicações dadas pela equipa de enfermagem e médica). A água a utilizar deve ser a água destilada. NUNCA utilizar soro fisiológico para encher o balão, pois este pode romper.

PASSO A PASSO PARA VERIFICAR A ÁGUA DO BALÃO

1. Lavar bem as mãos;
2. Preparar uma seringa com a quantidade de água destilada que o balão deve conter;
3. Adaptar uma seringa de 20 ml vazia na abertura para o balão e aspirar a água que está no interior. Retire esta seringa;
4. Adaptar a seringa com a água destilada nova e encher o balão;
5. Volte a aspirar a quantidade de água para confirmar que tem a mesma quantidade injetada é igual à aspirada. Volte a introduzir e retire a seringa da abertura da sonda.

NOTA: Se depois disto o balão tiver menos água que o recomendado, pode estar danificado, pelo que deve procurar ajuda do enfermeiro ou médico para proceder à troca.



CUIDADOS NA ADMINISTRAÇÃO DE ALIMENTOS E MEDICAÇÃO

Antes de administrar alimentos ou medicação, e também a prepará-los, deve lavar bem as mãos.

A comida não deve estar fria para ser administrada. Se a comida estiver no frigorífico, deve retirar cerca de 30 minutos antes para ficar a uma temperatura adequada.

Alimentação

1. Sentar a criança ou elevar ligeiramente a cabeceira da cama da criança/jovem (30 a 45 graus).
2. No caso da criança ter botão gástrico, adaptar a sonda ao botão;
3. Abrir a tampa da sonda e aspirar conteúdo para verificar se está no sítio (deve vir um bocado de resíduo do estômago);
4. Lavar a sonda com 5ml de água;
5. Encha a seringa com a alimentação, encaixe na ponta da sonda e vá administrando de forma lenta, como foi demonstrado no hospital.

Se administrar os alimentos de forma rápida, pode causar náuseas, vômitos ou diarreia.

6. No final da alimentação, administre sempre água para não ficarem resíduos na sonda e esta não entupir;
7. Depois da alimentação, mantenha a criança na posição sentada, pelo menos 30 minutos.



Medicação

Os medicamentos devem estar na forma líquida (tipo xarope) para poderem ser administrados.

Se o medicamento for na forma de comprimido ou cápsula, deve validar com o médico ou farmacêutico se os mesmos podem ser triturados ou abertos (no caso das cápsulas) e diluídos com água para poderem ser administrados pela sonda.

1. No caso da criança ter botão gástrico, adaptar a sonda ao botão;
2. Abrir a tampa da sonda e aspirar conteúdo para verificar se está no sítio (deve vir um bocado de resíduo do estômago);
3. Lavar a sonda com 5ml de água;
4. Encha a seringa com a medicação, encaixe na ponta da sonda e vá administrando de forma lenta;
5. No final, administre sempre água para não ficarem resíduos na sonda e esta não entupir.

NOTAS IMPORTANTES:

- Não se devem misturar medicamentos na mesma seringa. Entre cada medicamento, deve lavar a sonda com 5ml de água.
- Mesmo que a criança não se alimente pela boca, é muito importante manter a higiene oral. Deve por isso escovar os dentes e a língua 3 vezes ao dia, com uma escova de cerdas macias.
- Só deve oferecer alimentos pela boca da criança se o médico autorizar, pois pode colocar a vida da criança em risco. Embora pareça que está tudo bem, pode acontecer aspiração de alimentos para os pulmões, levando a complicações graves de saúde.



LAVAGEM DAS SERINGAS E SONDA DE GASTROSTOMIA PARA BOTÃO

Após cada utilização, deve lavar sempre as seringas utilizadas com água quente e detergente. Aspirar e desperdiçar água várias vezes até não se visualizarem restos de alimentos ou medicação.

Secar o interior com papel absorvente e guardar numa caixa limpa e com tampa.

Repetir o procedimento de lavagem com a sonda que adapta no botão de gastrostomia.

Uma vez por dia, deixar o material de molho em água a ferver durante 5 minutos.

As seringas (de 50 ml) podem ser lavadas na máquina da louça ou ser colocadas num esterilizador de microondas.

Substituir o material sempre que necessário:

- Seringas com mais de 1 mês de utilização;
- Seringas em que já não se visualizam as marcas de medida;
- Seringas em que já é difícil a sua utilização;
- Material visivelmente em mau estado.



BANHO E PISCINA – CUIDADOS

Nas primeiras duas semanas após a colocação da sonda, devem ser evitados os banhos de imersão.

Deve ser utilizada água morna para facilitar a limpeza.

Recomenda-se utilizar um sabonete líquido sem cor e cheiro, com PH semelhante ao da pele. A pele deve ser seca com uma toalha macia.

Para o banho, prenda a sonda à pele com um pouco de adesivo, para evitar que ela saia acidentalmente.

Piscina

Depois de 2 semanas com a sonda, a criança/jovem já pode ir à piscina. No entanto, deve ser protegida a sonda com película aderente (as que embrulham alimentos) à volta do abdómen. A água da piscina deve ser de boa qualidade e recente!

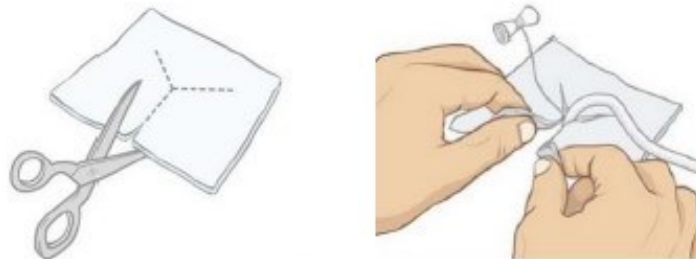


CUIDADOS COM A PELE PERI-ESTOMA

Nas primeiras duas semanas, deve lavar a pele à volta da gastrostomia com soro fisiológico.

De seguida, secar a pele com uma compressa macia.

Colocar uma compressa limpa entre a pele e o dispositivo de gastrostomia. Substituir a compressa quando começar a ficar com resíduos do local de inserção.



Após duas semanas:

Lavar com água morna e sabão neutro, de forma suave e sem esfregar a pele.

Levante com cuidado o disco junto à pele, ou o botão, e limpe a pele ao redor, de forma a retirar todas as secreções ressequidas.



Secar com uma toalha macia. Já não precisa colocar nenhuma compressa entre a pele e o dispositivo. Não deve colocar cremes ou loções na pele junto ao estoma.

Deve observar a pele do estoma diariamente, de forma a prevenir aparecimento de complicações. A pele deve permanecer seca e íntegra.

É normal sair um líquido amarelado ou acastanhado em pequena quantidade do estoma. Se houver presença de líquido em maior quantidade, podem surgir lesões na pele. Nesse caso, deve procurar ajuda da equipa de saúde.

Durante a observação, aproveite para girar o dispositivo 360 graus (um giro completo) para evitar que o balão fique “colado” à parede abdominal.



Se tiver tubo de gastrostomia (em vez de botão), deve verificar se a marca se mantém no número habitual.



Não prenda a sonda com adesivos à pele. Além de poder causar irritação na pele, pode puxar o tubo e alargar o estoma.

COMPLICAÇÕES DA PELE

Se a pele ficar vermelha à volta da gastrostomia ou se crescer um tecido granuloso/esponjoso avermelhado, pode significar que a pele fica húmida durante muito tempo.

Neste caso, é recomendado que faça a higiene do local mais vezes, secando muito bem a pele. Deve voltar a colocar uma compressa entre a pele do abdómen e o dispositivo para absorver a humidade e substituir sempre que estiver húmida.

Existem outros tipos de material que podem ser utilizados para absorver a humidade, mas devem ser utilizados após avaliação do profissional de saúde.

Não deve utilizar cremes, pomadas ou álcool, sem indicação do profissional de saúde, pois pode causar agravamento dos sintomas ou alergias.



Fig. 3 – Dermatite



Fig. 4 – Granuloma

Pode também surgir infecção da pele. Acontece principalmente, pela limpeza inadequada da gastrostomia. Por isso a higiene com a sonda é tão importante e indispensável!

Manifesta-se por:

- Dor quando mexe na sonda (é geralmente o primeiro sintoma);
- Prurido (comichão) e pele vermelha à volta do estoma;
- Mau cheiro e pus no local do estoma;
- Febre e pele quente.

No caso de apresentar algum destes sintomas, deve contactar o médico assistente para avaliar a necessidade de tomar antibiótico.

SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA COM A GASTROSTOMIA

A principal complicação que pode surgir, é a saída accidental do dispositivo.

Se acontecer, tente manter a calma e contactar os serviços de saúde o mais rápido possível, pois o estoma pode fechar entre 2 a 4 horas.

Se possível, mantenha o dispositivo dentro do estoma, fixo com compressa e adesivo.

Se não for possível reintroduzir a sonda ou o botão, dirija-se o quanto antes ao serviço de saúde que presta apoio habitual.

NOTA IMPORTANTE:

Se o dispositivo sair nas duas primeiras semanas após a colocação, não deve manipular nem tentar introduzir novamente o dispositivo, pois a pele ainda não está totalmente cicatrizada.

Obstrução/Entupimento da Sonda

Se a sonda entupir, encha uma seringa com água morna/quente e aspire e introduza a água várias vezes até soltar a obstrução.

Para prevenir, lavar SEMPRE a sonda com água após administrar alimentos ou medicação.

CONTACTOS IMPORTANTES

Médico	
Enfermeiro	
Hospital	

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barry, W, Barin, E, Marshall, L, Doherty, M, Nguyen, E, McLaughlin, C, Kaplan, L, Stein, J & Jensen, A. (2018). Preoperative Educational Intervention Decreases Unplanned Gastrostomy-Related Health Care Utilization. *The American Surgeon*, 84(10), 1555–1559
2. Direção Geral de Saúde [DGS] (2017) Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de alimentação em idade pediátrica e no adulto. Lisboa: Departamento de Qualidade de Saúde. Norma nº 014/2016 alterada em 03/03/2017.
3. Guy's and St Thomas NHS Foundation Trust (2020) How to care for your child's gastrostomy at home (button). Evelina London.
4. Lima, P.S de, Blanes, L., Ferreira, L.M., Gomes, H.F. de C. (2018) Manual Educativo de Cuidados à criança com Gastrostomia: Construção e Validação. *REME Rev Min Enferm*. DOI: 10.5935/1415-2762.20180068.
5. Rodrigues, L. do N., Santos, A. da S., Gomes, P. P. de S., Silva, W. C. P. da, & Chaves, E. M. C. (2020). Construção e validação de cartilha educativa sobre cuidados para crianças com gastrostomia. *Revista Brasileira de Enfermagem*.
6. Schweitzer, M.; Aucoin, J.; Docherty, S.; Rice, H.; Thompson, J. & Sullivan, D. (2014). Evaluation of a discharge education protocol for pediatric patients with gastrostomy tubes. *Journal of Pediatric Health Care : Official Publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*, 28(5), 420–428.
7. Suluhan, D, Yildiz, D, Surer, I, Eren, B & Balamtekin, N (2021). Effect of Gastrostomy tube feeding education on parents of children with gastrostomy. *Nutrition in Clinical Practice*, 36(6), 1220-1229. <https://doi.org/10.1002/ncp.10586>

Folheto elaborado por Enfª Vânia Medeiros (aluna do Mestrado de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do ICS da Universidade Católica Portuguesa) sob orientação da Enfª ESIP [REDACTED]

2022

APÊNDICE V – Questionário de Avaliação do Guia “Cuidar da Criança com Gastrostomia”

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO GUIA “CUIDAR DA CRIANÇA COM GASTROSTOMIA”

1. De uma maneira geral, gostou do Guia fornecido?

☐ Sim

☐ Não

2. Considera que os assuntos abordados são úteis e importantes?

☐ Sim

☐ Não

3. Considera que aprendeu algo?

☐ Sim

☐ Não

4. Sente que com o que aprendeu com o guia, vai poder cuidar melhor do seu filho(a)?

☐ Sim

☐ Não

SUGESTÕES

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO

APÊNDICE VI – Norma de Procedimento

“Gastrostomias em Idade Pediátrica”

GASTROSTOMIAS EM IDADE PEDIÁTRICA

Palavras-chave: Gastrostomia; Pediatria; Cuidados de Enfermagem

1. OBJETIVOS

- 1.1.** Uniformizar e otimizar os cuidados prestados às crianças com gastrostomia;
- 1.2.** Minimizar a ocorrência de complicações no pré e pós-operatório.

2. ÂMBITO

- 2.1.** Equipa multidisciplinar do Serviço de Internamento de Pediatria

3. TERMOS E SIGLAS

Gastrostomia	Abertura artificial que faz comunicar o estômago com a parede abdominal, tendo por objetivo a criação de uma fístula artificial gastro cutânea, onde é colocada uma sonda dentro da cavidade gástrica ⁽¹⁾
--------------	--

4. PONTOS IMPORTANTES

4.1. Gastrostomia cirúrgica ⁽²⁾

- 4.1.1.** A gastrostomia cirúrgica implica a realização de uma laparotomia, introduzindo uma sonda tipo Pezzert ou Malecot diretamente no estômago. Pode ser temporária ou definitiva, dependendo dos mecanismos de deglutição e condição de saúde do paciente.
- 4.1.2.** É um procedimento geralmente bem tolerado e que permite a administração de bons débitos. As sondas de borracha deterioram-se rapidamente, pelo que devem ser substituídas por sondas de silicone ou botão de gastrostomia assim que possível.

4.2. Gastrostomia percutânea endoscópica ⁽³⁾

- 4.2.1.** Desde 1980, técnica descrita para uso específico em idade pediátrica, que consiste na realização de uma gastrostomia via transcutânea com apoio endoscópico.
- 4.2.2.** Procedimento simples e rápido, que pode, se necessário, ser realizado sob sedação e anestesia local, evitando-se assim a anestesia geral.

- 4.2.3.** Com o paciente em decúbito dorsal, introduz-se o endoscópio até à cavidade gástrica e, após insuflação gástrica (permitindo encostar o estômago à parede abdominal), determina-se o local de colocação da gastrostomia por percussão da parede abdominal e transiluminação.
- 4.2.4.** Um trocáter é introduzido por via transcutânea na cavidade gástrica e, através dele, é introduzido um fio condutor para o interior do estômago sendo recolhido por pinça de biópsia.
- 4.2.5.** O conjunto do endoscópio e fio condutor são retirados e, ao nível da boca, este é atado ao fio da sonda de gastrostomia (que tem um dilatador progressivo).
- 4.2.6.** O conjunto do fio e da sonda de gastrostomia são retirados lentamente por tração até ao cabeçote encostar à parede gástrica (com posicionamento correto verificado por controlo endoscópico). A gastrostomia é então fixa à parede abdominal por meio de um “travão”.
- 4.2.7.** Esta técnica permite uma boa tolerância por parte do paciente, conduzindo a um reduzido número de complicações.
- 4.2.8.** A sonda deve ser substituída por um botão de gastrostomia passadas cerca de 4 a 6 semanas, sempre com apoio de uma nova endoscopia.
- 4.2.9.** A duração previsível de cada sonda será de 6 meses a 1 ano.
- 4.3. Botão de Gastrostomia** ⁽⁴⁾
- 4.3.1.** Consiste na modificação de uma sonda de gastrostomia, com um mecanismo valvular que impede a saída do conteúdo gástrico e, que pelas suas dimensões, é muito bem tolerado pelos pacientes. Pode ser aplicado 4 a 6 semanas após a realização da gastrostomia apresentando vantagens evidentes, sendo que pode manter-se durante cerca de 1 ano.

5. SEQUÊNCIA LÓGICA

5.1. Acolhimento à criança/adolescente e família

- a) De acordo com o protocolo de serviço.

5.2. Jejum

- a) De acordo com o protocolo de jejum pré-anestésico em pediatria.

5.3. Preparação pré-operatória

- 5.3.1.** Explicar previamente à criança/adolescente e família o procedimento a que vai ser submetida, utilizando estratégias e medidas adequada à idade.
- 5.3.2.** Esclarecer dúvidas à criança/adolescente e família e explicar que um dos acompanhantes poderá acompanhá-lo ao bloco operatório.
- 5.3.3.** Remover brincos, próteses, entre outros acessórios.
- 5.3.4.** Promover os cuidados de higiene na criança/adolescente e vesti-la com bata e touca (específicas).
- 5.3.5.** Registrar sinais vitais, peso, alergias, medicação, análises e exames complementares de diagnóstico, doenças crónicas e infeto-contagiosas, bem como a intervenção cirúrgica na folha pré-operatória.
- 5.3.6.** Verificar se o consentimento informado está assinado.

5.4. Indicações:

- 5.4.1.** Alterações da função de deglutição em certos pacientes que não podem ou não conseguem ingerir uma quantidade de nutrientes ideal para o seu crescimento e desenvolvimento.
- 5.4.2.** A gastrostomia pode ser utilizada para alimentação, administração de terapêutica ou ainda, para descompressão gástrica.
- 5.4.3.** Indicada em pacientes com anomalias do tubo digestivo, doenças degenerativas, doenças crónicas do sistema nervoso central, como no caso da paralisia cerebral, em pacientes com lesão cáustica do esófago ou outras situações que impossibilitem a deglutição.
- 5.4.4.** Por outro lado, alguns pacientes com polipneia ou taquipneia crónicas, por aumento da aerofagia, têm uma maior distensão gástrica, ocorrendo agravamento dos episódios de refluxo gastroesofágico, com o subsequente risco de aspiração. Com a gastrostomia, permite uma descompressão gástrica.
- 5.4.5.** Qualquer que seja o tipo de gastrostomia utilizado, não há limitação para a atividade da criança, nomeadamente o banho ou qualquer tipo de atividade física.

5.5. Complicações:

5.5.1. Exteriorização:

- a) Pode ocorrer acidentalmente em qualquer momento.
- b) Deve introduzir-se imediatamente uma sonda/algália e contactar médico de urgência.

- c) Ocorre por falta de estabilização e fixação da sonda (rotura do balão).
- d) Se a saída da sonda ocorrer durante as primeiras 4 semanas, pode ser necessária a sua recolocação cirúrgica.
- e) Em caso de saída da sonda em casa, instruir os pais para recorrer imediatamente ao Serviço de Urgência.
- f) Em caso de demora, deve ser colocada sonda de menor calibre, ou deve proceder-se à dilatação do trajeto (feita pelo cirurgião).

5.5.2. Obstrução por migração da sonda:

- a) A sonda pode migrar por má fixação, causando vômito ou síndrome de esvaziamento rápido (dumping).
- b) A migração pode causar obstrução esofágica ou pilórica, causando vômitos e dores intensas, tipo cólica.

5.5.3. Inflamação local e tecido de granulação:

- a) É habitual uma pequena reação inflamatória em redor do local do estoma, podendo existir algum exsudado.
- b) Resulta da reação de ter presente um corpo estranho (induzido pelo tubo de gastrostomia).
- c) Prevenção: aplicação de placa de hidrogel (tipo hydrosorb®) para absorver o exsudado.
- d) Em caso de tecido de granulação pode aplicar-se localmente lápis de nitrato de prata.

5.5.4. Obstrução da sonda:

- a) Resulta da não irrigação da sonda antes e depois de administrar alimentação ou medicação.
- b) Deve proceder-se à lavagem com água morna para o quente. Aspirar e empurrar várias vezes até soltar a obstrução.
- c) Não utilizar bebidas gaseificadas para tentar desobstruir a sonda, pois danificam a mesma.

5.5.5. Alargamento do trajeto com perda de conteúdo:

- a) Resulta dos movimentos da sonda por imobilização insuficiente.
- b) A colocação de uma sonda mais larga não resolve o problema.
- c) A melhor prevenção é a correta imobilização.

5.6. Cuidados gerais com as gastrostomias:

5.6.1. Cuidados locais:

- a) O penso da zona de saída da gastrostomia deve ser realizado diariamente a partir do segundo dia de colocação, procedendo à limpeza com soro fisiológico.
- b) Qualquer exsudado que se acumule junto do orifício deve ser removido utilizando um cotonete humedecido com água oxigenada.
- c) Se se observarem sinais inflamatórios junto ao estoma, deve ser comunicado ao médico assistente.
- d) Deve ser verificada a fixação correta à pele, nomeadamente se os pontos de fixação não estão soltos e se o travão não está solto.
- e) É importante manter a verticalidade da sonda evitando que esta se dobre ou “alargue” o orifício de entrada na pele (pode usar-se uma tetina através da qual passa a sonda).
- f) Alguns modelos de sondas de substituição têm um sistema de fixação formado por um balão tipo algália com uma válvula de enchimento que deve ser usada apenas para a introdução de água destilada (nunca soro fisiológico pois pode cristalizar impedindo o esvaziamento do balão). Não injetar alimentos nem medicação nesta válvula, sob risco de rotura do balão.

5.6.2. Cuidados com a alimentação:

- a) Antes de proceder à alimentação, aspirar sempre o conteúdo e registar a quantidade e características do resíduo, se for em quantidade importante.
- b) Para prevenir risco de aspiração, a criança deve ser colocada numa posição semi-sentada (pelo menos a 30°) ou sentada.
- c) Antes de proceder à introdução da alimentação, deve sempre instilar-se uma pequena quantidade de água para lavar a sonda (cerca de 5ml).
- d) Administrar a alimentação por bomba perfusora, por gavagem ou por bólus lento. Se se administrarem alimentos de forma rápida, pode causar náuseas, vômitos ou diarreia.
- e) No final da alimentação, lavar sempre a sonda com água para não ficarem resíduos alimentares e a sonda não ficar obstruída.
- f) Depois da alimentação, a criança deve permanecer na posição sentada pelo menos 30 minutos.

5.6.3. Cuidados com a medicação:

- a) Tal como com a alimentação, deve primeiro verificar-se se tem presença de conteúdo gástrico e depois proceder à lavagem da sonda com 5 ml de água.

- b) Administrar os medicamentos na forma líquida (xarope ou comprimidos dissolvidos em água). Validar com a farmácia se a medicação que a criança faz pode ser dissolvida com água.
- c) Não devem ser misturados fármacos na mesma seringa. Entre administrações, deve lavar a sonda com água.
- d) No final da medicação, administrar sempre água para não ficarem resíduos alimentares e a sonda não ficar obstruída.

6. **INDICADORES**

Não aplicável

7. **REFERÊNCIAS E DOCUMENTOS RELACIONADOS**

- a) PT 0069 T.ANEST – Protocolo de jejum pré-anestésico em pediatria
 - b) PR 0860 e CIRPED – Admissão/acolhimento no Serviço de Cirurgia Pediátrica
 - c) Folha de avaliação pré-operatória (SOARIAN)
-
1. Direção Geral de Saúde [DGS] (2017) Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de alimentação em idade pediátrica e no adulto. Lisboa: Departamento de Qualidade de Saúde. Norma nº 014/2016 alterada em 03/03/2017.
 2. Anselmo CB, Tercioti Junior V, Lopes LR, Coelho Neto J de S, Andreollo NA. Gastrostomia cirúrgica: indicações atuais e complicações em pacientes de um hospital universitário. Rev Col Bras Cir. dezembro de 2013;40(6):458–62.
 3. Minicucci MF, Silva GF, Matsui M, Inque RMT, Zornoff LAM, Matsubara LS, et al. O uso da gastrostomia percutânea endoscópica. Rev Nutr. agosto de 2005;18(4):553–9.
 4. Endosguima. PEG/Botão Gastrostomia. [citado 27 de outubro de 2022]; Disponível em: <https://endosguima.wordpress.com/pegbotao-gastrostomia/>
 5. Rodrigues, L. do N., Santos, A. da S., Gomes, P. P. de S., Silva, W. C. P. da, & Chaves, E. M. C. (2020). Construção e validação de cartilha educativa sobre cuidados para crianças com gastrostomia. Revista Brasileira de Enfermagem.
 6. Stetzer, M. (2021). Essential ostomy knowledge for nurses: Promoting adaptation in children with new ostomy and their caregivers. Pediatric Nursing, 47(2), 71-78

APÊNDICE VII – Cartaz Divulgação Sessões de Educação para a Saúde



Conversas com pais



Venha esclarecer as suas duvidas e aprender com outros pais diferentes formas de lidar com as novidades que o seu bebé traz à sua vida.

INSCREVA-SE EM:

*Sob orientação da
equipa de saúde da*

Data:

Data:

Data:

**APÊNDICE VIII – Plano de Sessão “Como
atuar em caso de febre e também do nariz
entupido – prevenir a ida à urgência”**

PLANO DE SESSÃO

Data: 06.12.2022

Hora: 15h00

Duração: 1 hora

Local: Ginásio UCSP O.

Formadores: Mestranda Vânia Medeiros, sob orientação da Enf.ª C.P. (Mestre e Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica)

Título: Como atuar em caso de febre e também do nariz entupido – prevenir a ida à urgência

Temas:

- Quando e como realizar lavagem nasal ao bebé
- Como atuar perante a febre

Destinatários: Pais de crianças até 2 meses de idade

Objetivos:

- Capacitar os pais sobre quando e como realizar lavagem nasal aos seus filhos;
- Capacitar os pais sobre como atuar no caso do seu filho ter febre

Metodologia: Expositiva e Demonstrativa

Recursos: Formador, computador, projetor de vídeo

Avaliação: Realização de teste/questionário aos pais sobre os temas abordados na sessão.

Conteúdos	Metodologia	Auxiliares Pedagógicos		Tempo	Formador
		Audiovisuais	Outros		
Introdução: • Apresentação dos profissionais e tema	Expositiva	• Computador • Projetor	Formador	5 min	Vânia Medeiros
Obstrução nasal • Introdução • Material • Quando realizar • Passo-a-passo	Expositiva Demonstrativa	• Computador • Projetor	Formador	15 min	Vânia Medeiros
Febre no bebé • Introdução • Sinais de alerta • Motivos para ir ao serviço de urgência • Como baixar a temperatura corporal • O que não fazer perante a febre • Administração de fármacos	Expositiva Demonstrativa	• Computador • Projetor	Formador	15 min	Vânia Medeiros
Avaliação: • Resumo da sessão • Esclarecimento de dúvidas • Avaliação da sessão	Expositiva	• Computador • Projetor • Questionário de Avaliação da sessão	Formador	15 min	Vânia Medeiros

APÊNDICE IX – Diapositivos Sessão de Educação para a Saúde sobre Lavagem Nasal



Objetivo da sessão:

- Capacitar os pais/cuidadores sobre quando e como realizar lavagem nasal aos seus bebés.

As doenças respiratórias são muito frequentes na vida das crianças.

Principalmente no Inverno, surgem gripes e constipações e, com elas, a obstrução nasal.

As secreções do nariz podem levar a processos infecciosos e, como tal, é muito importante realizar Lavagem Nasal com soro fisiológico.

3

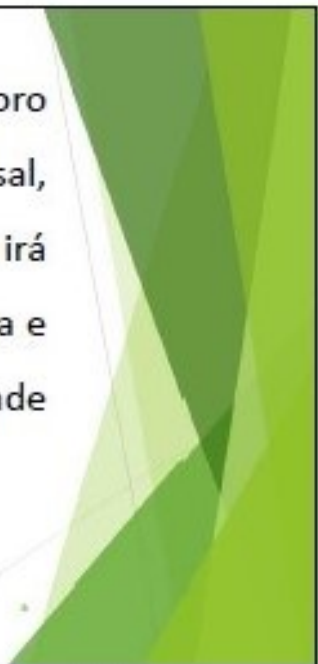
A lavagem nasal é:

- Uma técnica segura;
- Uma técnica que previne infeções;
- Uma técnica económica.



As crianças, em especial as mais jovens, não conseguem ou têm dificuldade em assoar-se, ficando com secreções acumuladas no nariz, o que dificulta a respiração e o seu bem-estar geral.

5



Nesta situação, a lavagem do nariz com soro fisiológico pode aliviar a obstrução nasal, permitindo a remoção das secreções, o que irá contribuir para um melhor bem-estar da criança e dos pais, incluindo o seu descanso e a capacidade para se alimentar.

Vamos aprender como?

Vamos precisar de:

- Soro fisiológico;
- Seringa de uso individual;
- Adaptador de seringa (não é “obrigatório”, mas consegue uma melhor selagem e adaptação ao nariz);
- No caso dos recém-nascidos, uma fraldinha ou lençol para envolver o bebê de modo a que se sinta mais protegido;
- Toalha de rosto ou resguardo para colocar na frente da criança.

7



Vamos falar de quantidades:

- Recém-nascido – seringa de 2 ml
- 3 meses a 1 ano – seringa de 5 ml
- Mais de 1 ano – seringa de 10 ml

9

Quando realizar?

Sempre que há presença de secreções
e / ou congestão nasal.
Pode ser realizada tantas vezes quantas as
que sentir que a criança tem necessidade
ao longo do dia.

10

Notas importantes:

Realizar a lavagem nasal SEMPRE antes das refeições, para não haver o risco da criança bolsar ou vomitar.

11

Notas importantes:

É importante familiarizar a criança desde cedo com a lavagem nasal e introduzir na sua rotina quando está com secreções no nariz (por exemplo, após ou durante o banho).

12

Passo-a-passo:

1. Aspirar a quantidade de soro com a seringa;
2. Com o bebê, ou criança, ligeiramente inclinado para a frente e, se possível com a cabeça um pouco lateralizada, aplicar um jato de soro fisiológico na narina superior, de forma contínua e de forma a que saia em coluna pela narina contrária;
3. Repetir o procedimento na outra narina;
4. Repetir até as secreções saírem transparentes;
5. Tranquilizar a criança.

13



14



15

Recém-nascidos:

No caso dos recém-nascidos, a alternativa de posicionamento, é realizar a lavagem nasal com o bebê deitado de lado, sendo que a instilação de soro deve ser aplicada na narina superior.

16



17



Referências bibliográficas:

1. Bizzotto, C.H.L.D. & Fonseca, C.R.B. (2020) Limpeza nasal, como fazer? Recomendações - Atualização de condutas em Pediatria. Departamentos Científicos SPSP Gestão 2019-2022. pp. 3-5. Luce Editora.
https://www.spsp.org.br/site/asp/recomendacoes/Rec91_PedAmbulatorial.pdf
2. Cabaillot, A., Vorihon, P., Roca, M., Boussageon, R., Eschallier, B., Pereira, B. (2020) Saline nasal irrigation for acute upper respiratory tract infections in infants and children: A systematic review and meta-analysis. *Paediatr Respir Rev* (36) pp. 151-158. DOI: 10.1016/j.prrv.2019.11.003.
3. Magalhães, F. (2022) Higienização nasal no recém-nascido. Serviço Nacional de Saúde. Consultado a 14 de Setembro de 2022. Disponível em:
<https://www.chts.min-saude.pt/barrigas-e-rebentos/higienizacao-nasal-no-recem-nascido/>
4. Sih, T. & Cavinatto, J.N. A Importância da Higiene Nasal em Crianças. IAPO - Interamerican Association of Pediatric Otorhinolaryngology.
https://cdn.gn1.link/iaipo/manuals/viii_manual_br_21.pdf
5. Wu, D., Chang, F., Hong, J., Wei, Y. (2022) Development of an apparatus and procedure for evaluating the efficiency of nasal irrigation. *Eur Arch Otorhinolaryngol* (279). DOI: 10.1007/s00405-021-07249-8

19

Obrigado

Enf.^a Vânia Medeiros



APÊNDICE X – Kit de Lavagem Nasal para oferta aos pais/cuidadores



APÊNDICE XI – Diapositivos Sessão de Educação para a Saúde sobre Febre

O meu filho tem febre...

E agora?

(do recém-nascido aos 6 meses)

Vânia Medeiros, Mestranda do Curso de Enfermagem de Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, do ICS da Universidade Católica de Lisboa

1

Objetivo da sessão:

- Capacitar os pais sobre como atuar perante a febre do filho.



2

O meu filho tem febre ... E agora?

A febre, por si só, não é uma doença.

Trata-se de uma manifestação do organismo, decorrente do combate às infeções e, por esse motivo, benéfica.

Quando as situações com febre são graves existem sempre os chamados “sinais de alerta”.



3

Febre a partir dos seguintes valores de temperatura:



- Axilar – 37,6°C
- Retal – 38°C (local preferencial dos recém nascidos)
- Timpânica – 37,8°C (avaliar apenas a partir dos 3 anos)

Sinais de Alerta:

- Febre que não reverte com a medicação;
- Mau estado geral;
- Recusa alimentar;
- Criança que não reage a estímulos;
- Aparente dor/sofrimento;
- Gemido mantido;
- Bebê que não aceita colo e apresenta choro inconsolável;

5

Sinais de Alerta: (cont.)

- Manchas no corpo vermelhas ou arroxeadas;
- Dificuldade respiratória mesmo após lavagem nasal;
- Vômitos repetidos entre as refeições;
- Incapacidade em engolir;
- Dificuldade em urinar ou urina com mau cheiro e de coloração mais escura.

Saúde 24

Se tem dúvidas quanto ao que fazer, ligue para a Linha de Apoio Saúde 24 e peça ajuda:

808 24 24 24

7

Ir à urgência se:

- Além da febre, a criança apresenta algum dos sintomas descritos anteriormente;
- A criança tem menos de 3 meses;
- Criança com mais de 6 meses e com temperatura axilar superior a 40°C;
- Febre há mais de 3 dias;
- Criança com doença crónica.



Antes de ir à urgência, administrar paracetamol!

Deve esperar pelo menos 4 horas antes de administrar novamente. O ideal, é esperar 6 horas.

9

O que fazer para baixar a temperatura:

- Manter a temperatura do ambiente entre os 20 e os 22°C;
- Promover o repouso;
- Evitar roupa de cama demasiado quente;
- Adequar o vestuário de forma a que não fique demasiado quente, mas mantenha o conforto;
- Oferecer líquidos (leite ou água se já tiver feito introdução).

O que NÃO FAZER quando a criança tem febre:

- Não forçar a alimentação. A criança come o que tiver vontade;
- Não dar banho morno/frio para baixar a temperatura;
- Não aplicar compressas frias;
- Não despir as crianças senão vão ficar com frio e podem ter um pico repentino de subida de temperatura.

11

NOTA IMPORTANTE:

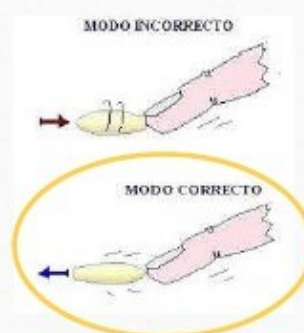
Nos recém-nascidos, o ideal é administrar paracetamol em supositório pela sua rápida absorção e eficácia.

Se a criança tiver dejeções tipo diarreia, devemos então optar por administrar paracetamol em xarope.

NOTA IMPORTANTE:

Não se devem cortar supositórios ao meio.

Deve introduzir-se
o supositório pela
base



13

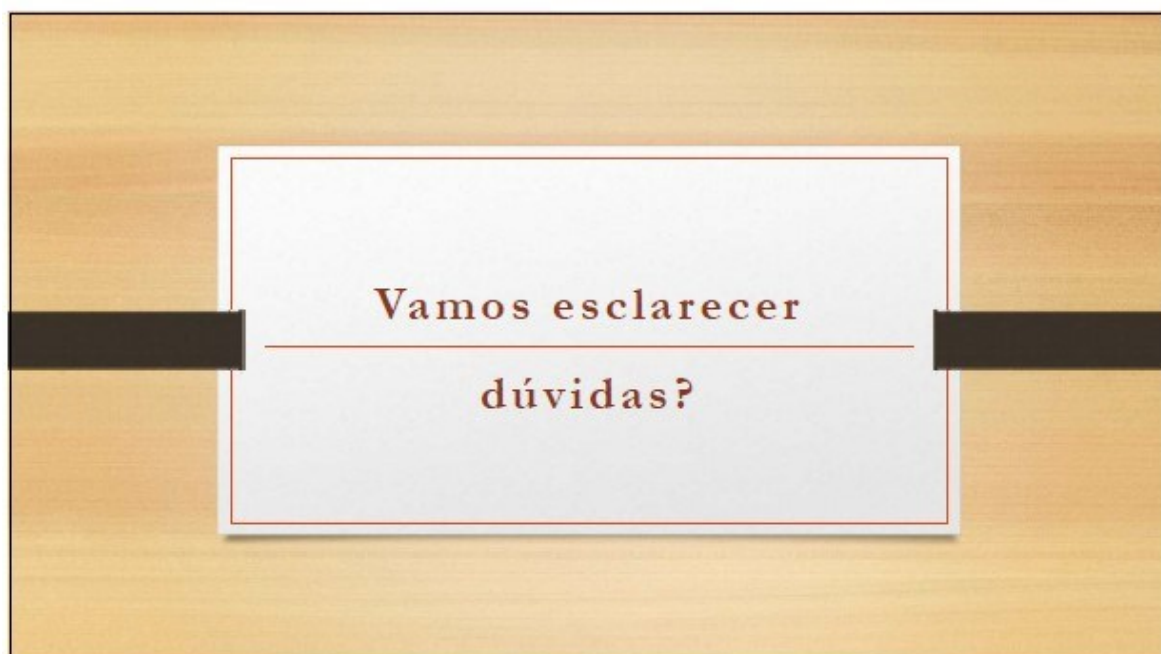
Tabela da dose de Paracetamol (Ben-u-ron®) SUPPOSITÓRIO

PESO (Kg)	DOSE (Mg)
3	75
4	75
5	75
6	125
7	125
8	125
9	250
10	250
11	250
12	250
13	250
14	250
15	250
16	250

14

<u>Tabela da</u> <u>dose de</u> <u>Paracetamol</u> <u>(Ben-u-ron®)</u> <u>XAROPE</u>	PESO (KG)	DOSE (MG)	ML (QUANTIDADE A RETIRAR COM A SERINGA)
	2	30	0,8
	3	45	1,1
	4	60	1,5
	5	75	1,9
	6	90	2,3
	7	105	2,6
	8	120	3,0
	9	135	3,4
	10	150	3,8
	11	165	4,1
	12	180	4,5
	13	195	4,9
	14	210	5,3
	15	225	5,6
	16	240	6,0

15



Referências Bibliográficas:

1. Direção Geral de Saúde [DGS] (2017) Febre na criança/adolescente - Folheto informativo para pais e cuidadores. Lisboa: Departamento de Qualidade de Saúde.
2. Direção Geral de Saúde [DGS] (2018) Febre na Criança e no Adolescente - Definição, Medição e Ensino aos Familiares/Cuidadores. Lisboa: Departamento de Qualidade de Saúde. Norma n° 004/2018 de 03/08/2018
3. Direção Geral de Saúde [DGS] (2018) Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica. Lisboa: Departamento de Qualidade de Saúde. Norma n° 014/2018 de 03/08/2018
4. Infarmed (2020). Ibuprofeno. Consultado a 16 de Setembro de 2022. <https://farmacia24.eu/content/MNSRM/5746342.pdf>
5. Infarmed (2020). Paracetamol. Consultado a 16 de Setembro de 2022. <https://ben-u-ron.pt/wp-content/themes/ben-u-ron/dist/files/folhetos/xarope/folheto-informativo-benuron-150.pdf>
6. Silva, C., Bica, I., Duarte, J., & Dias, M. (2020). Pais/cuidadores da criança com febre – atitudes em contexto de urgência. *Millenium*, 2(ed espec n°7), 17-25. DOI: 10.29352/mill0207e.02.00388

17

OBRIGADO

Enfª Vânia Medeiros

APÊNDICE XII – Folheto Informativo sobre Febre dos 0 aos 6 meses

Tabela da dose de Paracetamol (Ben-u-ron®)

SUPPOSITÓRIO

PESO (KG)	Dose (MG)
3	75
4	75
5	75
6	125
7	125
8	125
9	250
10	250
11	250
12	250
13	250
14	250
15	250
16	250

NOTA IMPORTANTE:

Não se devem cortar os supositórios ao meio.

Deve introduzir-se o supositório pela base

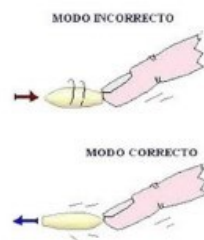


Tabela da dose de Paracetamol (Ben-u-ron®)

XAROPE

PESO (KG)	Dose (MG)	ML (QUANTIDADE A RETIRAR COM A SERINGA)
2	30	0,8
3	45	1,1
4	60	1,5
5	75	1,9
6	90	2,3
7	105	2,6
8	120	3,0
9	135	3,4
10	150	3,8
11	165	4,1
12	180	4,5
13	195	4,9
14	210	5,3
15	225	5,6
16	240	6,0

**Referências
Bibliográficas**



Elaborado por: Vânia Medeiros, Mestranda do Curso de Enfermagem de Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, do ICS da Universidade Católica de Lisboa, sob Supervisão da Enf.ª Mestre e ESIP

Contactos:

21 913 89 49

ucsp.olival@arslvt.min-saude.pt

O meu filho tem febre...

E agora?



(do recém-nascido aos 6 meses)

A febre, por si só, não é uma doença. Trata-se de uma manifestação do organismo, decorrente do combate às infeções e, por esse motivo, benéfica.

Quando as situações com febre são graves existem sempre os chamados “sinais de alerta”.



Febre a partir dos seguintes valores de temperatura:

- Axilar — 37,6° C
- Retal — 38° C (*opção mais fiável nos bebés*)
- Timpânica — 37,8 ° C (avaliar apenas a partir dos 3 anos)

SINAIS DE ALERTA:

- Febre que não reverte com medicação;
- Mau estado geral;
- Recusa alimentar;
- Criança que não reage a estímulos;
- Aparente dor/sofrimento;
- Gemido mantido;
- Bebê que não aceita colo e apresenta choro inconsolável;
- Manchas no corpo vermelhas ou arroxeadas;

SINAIS DE ALERTA (CONT.):

- Dificuldade respiratória mesmo após lavagem nasal;
- Vômitos repetidos entre as refeições;
- Incapacidade em engolir;
- Dificuldade em urinar ou urina com mau cheiro e de coloração mais escura.

Se tem dúvidas quanto ao que fazer, ligue para a Linha de Apoio Saúde 24 e peça ajuda:

808 24 24 24

IR À URGÊNCIA SE:

- Além da febre, a criança apresenta algum dos sintomas descritos anteriormente;
- A criança tem menos de 3 meses;
- Criança com mais de 6 meses e com temperatura axilar superior a 40°C;
- Febre há mais de 3 dias;
- Criança com doença crónica.

Antes de ir à urgência, administrar paracetamol!

Deve esperar **pelo menos 4 horas** antes de administrar novamente.

O ideal, é esperar 6 horas!

O QUE FAZER PARA BAIXAR A TEMPERATURA:

- Manter a temperatura do ambiente entre os 20 e os 22°C;
- Promover o repouso;
- Evitar roupa de cama demasiado quente;
- Adequar o vestuário de forma a que não fique demasiado quente, mas mantenha o conforto;
- Oferecer líquidos (leite ou água se já tiver feito introdução).

O QUE NÃO FAZER PARA BAIXAR A TEMPERATURA:

- Não forçar a alimentação. A criança come o que tiver vontade;
- Não dar banho morno/frio para baixar a temperatura;
- Não aplicar compressas frias;
- Não despir as crianças senão vai ficar com frio e podem ter um pico repentino de subida térmica.

NOTA IMPORTANTE:

Nos recém-nascidos, o ideal é administrar paracetamol em supositório pela sua rápida absorção e eficácia.

Se a criança tiver dejeções tipo diarreia, devemos então optar por administrar paracetamol em xarope.

**APÊNDICE XIII – Questionário Avaliação
Sessão de Educação para a Saúde sobre
Lavagem Nasal e Febre**

**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO “COMO ATUAR EM CASO DE FEBRE E TAMBÉM DO NARIZ
ENTUPIDO – PREVENIR A IDA À URGÊNCIA”**

1. De uma maneira geral, gostou da sessão?

☐ Sim

☐ Não

2. Considera que os assuntos abordados são úteis e importantes?

☐ Sim

☐ Não

3. Considera que aprendeu algo?

☐ Sim

☐ Não

4. Sente que com o que aprendeu nesta sessão, vai poder cuidar melhor do seu filho(a)?

☐ Sim

☐ Não

SUGESTÕES

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO

ENTREVISTA DE GRUPO – AVALIAÇÃO

Quando não pode lavar o nariz ao seu bebé?

Basta fazer lavagem nasal uma vez por dia quando o bebé está constipado?

Onde devo avaliar a temperatura nos recém-nascidos?

A partir de que valor é considerado febre?

Posso aplicar compressas frias para baixar a temperatura?

APÊNDICE XIV – Plano de Sessão “Vamos falar sobre amamentação?”

PLANO DE SESSÃO

Data: 13.12.2022

Hora: 15h00

Duração: 1 hora

Local: Ginásio UCSP O.

Formadores: Mestranda Vânia Medeiros, sob orientação da Enf.ª C.P. (Mestre e Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica)

Título: Vamos falar sobre amamentação?

Temas:

- Sinais de boa pega
- Posições para amamentar
- Mitos da amamentação
- Como saber se o leite materno é suficiente
- Sinais de quando introduzir o leite de fórmula
- Alimentação da mãe
- Até quando dar de mamar
- Extração e conservação de leite materno

Destinatários: Pais de crianças até 2 meses de idade

Objetivos:

- Promover o aleitamento materno;
- Contribuir para uma vivência mais informada sobre a alimentação do recém-nascido;
- Desfazer mitos e receios relacionados com amamentação.

Metodologia: Expositiva e Demonstrativa

Recursos: Formador, computador, projetor de vídeo

Avaliação: Entrega de questionário de satisfação aos pais sobre os temas abordados na sessão.

Conteúdos	Metodologia	Auxiliares Pedagógicos		Tempo	Formador
		Audiovisuais	Outros		
Introdução: • Apresentação dos profissionais e tema	Expositiva	• Computador • Projetor	Formador	5 min	Vânia Medeiros
• Sinais de boa pega • Posições para amamentar • Mitos da amamentação • Como saber se o leite materno é suficiente • Sinais de quando introduzir o leite de fórmula • Alimentação da mãe • Até quando dar de mamar • Extração e conservação de leite materno	Expositiva Demonstrativa	• Computador • Projetor	Formador	40 min	Vânia Medeiros
Avaliação: • Resumo da sessão • Esclarecimento de dúvidas • Avaliação da sessão	Expositiva	• Computador • Projetor • Questionário de Avaliação da sessão	Formador	15 min	Vânia Medeiros

APÊNDICE XV – Diapositivos Sessão de Educação para a Saúde sobre Amamentação



Vamos falar sobre amamentação?

Enf.ª Vânia Medeiros

(Mestranda do Curso de
Enfermagem de Especialização
em Saúde Infantil e Pediátrica,
do ICS da Universidade Católica
de Lisboa)

1

Objetivos da sessão:

- Promover o aleitamento materno;
- Contribuir para uma vivência mais informada sobre a alimentação do recém-nascido;
- Desfazer mitos e receios relacionados com amamentação.

Introdução

O alimento ideal para o recém-nascido e lactente (criança até aos 12 meses de idade), é o leite materno, sendo recomendável o aleitamento materno exclusivo durante os primeiros 6 meses de vida.

3

3

Introdução (cont.)

Quando não é possível manter o leite materno como única fonte de alimento, existem as fórmulas de leite adaptado, que ao longo dos anos têm sido alvo de elevado investimento científico no seu aperfeiçoamento, no sentido da sua maior aproximação nutricional ao leite humano.

Existem no mercado diversas alternativas, devendo os pais consultar o seu médico assistente na escolha do melhor leite para o seu bebé.

4

Sinais de boa pega



5

5

Posições para amamentar



6

Mitos da amamentação

Leite fraco

Pouco leite

Mamas
pequenas
ou grandes

Prótese de
silicone

Amamentar
doi sempre

7

7

Como sei se o meu leite é suficiente?

- Presença de, pelo menos, 6 fraldas com urina durante 24 horas;
- Bebê com boa vitalidade;
- Bebê rosado;
- Bebê tranquilo;
- Bebê a aumentar de peso.

8

É necessário introduzir leite de fórmula?

O leite de fórmula deixa os bebés mais cheios, pelo que vão alimentar-se à mama com menos frequência, podendo resultar numa diminuição do leite.

A introdução do leite de fórmula, deve ser discutida com a equipa de saúde de forma a poderem fornecer as melhores orientações.

9

9

Alimentação da mãe

- Privilegiar uma alimentação diversificada, completa e nutricionalmente equilibrada;
- Ingerir pelo menos 1,5 litros de água por dia;
- Evitar consumo de café, chá preto, bebidas gaseificadas;
- Não consumir bebidas alcoólicas.

10

Até quando dar de mamar?

Se possível, é desejável que o aleitamento materno prossiga durante o processo de diversificação alimentar, ou seja, durante a introdução de novos alimentos sólidos, desde que possível e desejado pela mãe e bebé.

11

11

Conservação e armazenamento de leite materno extraído

O leite deve ser extraído para recipiente esterilizado.

Conservação:

- 24h a 48h no frigorífico (não armazenar na porta)
- 6 meses no congelador

12

Conservação e armazenamento de leite materno extraído (cont.)

- Identifique o saco de colheita ou o biberão com data da extração de leite;
- Nunca juntar leite acabado de extrair (morno) com leite refrigerado;
- No frigorífico, todos os alimentos devem estar armazenados em embalagens bem fechadas para evitar contaminação cruzada.

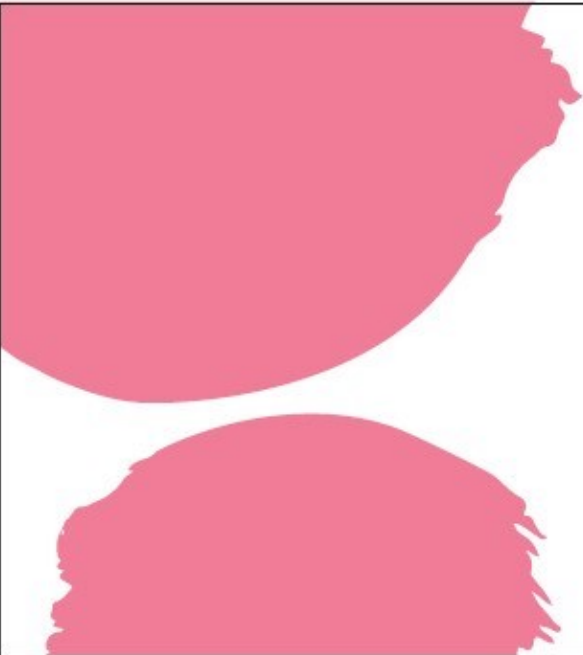
13

13

Como proceder para descongelar o leite

- O leite congelado há mais tempo, deve ser consumido em primeiro lugar;
- Preferencialmente, deve descongelar lentamente no frigorífico;
- Não descongelar nem aquecer leite no microondas;
- Após descongelar, o leite deve ser consumido num prazo máximo de 24 horas;
- Não voltar a congelar o leite.

14



***Vamos
esclarecer
dúvidas?***

15

15

Referências Bibliográficas

1. Grupo de Estudos de Saúde da Mulher da APMGF. (2019) Boas Práticas em Aleitamento Materno – Guia de Apoio a profissionais de saúde. Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, pp. 2-11
2. Levy, L. & Bértolo, H. (2012) Manual de Aleitamento Materno. Comité Português para a UNICEF – Comissão Nacional *Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés*. ISBN: 978-972-96436-1-3

16



Obrigado

Enf.ª Vânia Medeiros

**APÊNDICE XVI – Questionário Avaliação
Sessão de Educação para a Saúde sobre
Amamentação**

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO “VAMOS FALAR SOBRE AMAMENTAÇÃO?”

1. De uma maneira geral, gostou da sessão?

☐ Sim

☐ Não

2. Considera que os assuntos abordados são úteis e importantes?

☐ Sim

☐ Não

3. Considera que aprendeu algo?

☐ Sim

☐ Não

4. Sente que com o que aprendeu nesta sessão, vai poder cuidar melhor do seu filho(a)?

☐ Sim

☐ Não

SUGESTÕES

ENTREVISTA DE GRUPO – AVALIAÇÃO

Quais os sinais de boa pega na mama?

Se o bebé pede para mamar mais vezes à noite é porque tenho que oferecer leite de fórmula?

Se a mãe comer feijão ou couves o bebé vai ficar com cólicas?

O leite pode ser aquecido no microondas?

**APÊNDICE XVII – Poster “Capacitar os pais
de crianças ostomizadas para autonomia do
papel parental: *Scoping Review*”**



Capacitar os pais de crianças ostomizadas para autonomia do papel parental: *Scoping Review*

OBJETIVO

Mapear a evidência disponível sobre a intervenção de enfermagem capacitar os pais/cuidadores de crianças ostomizadas, para a autonomia do papel parental.

MATERIAIS E MÉTODOS

Scoping Review baseada nos pressupostos metodológicos do Joanna Briggs Institute (Peters, 2020). Foram considerados todos os estudos publicados, recorrendo-se às bases de dados MEDLINE, CINAHL, PubMed, e à literatura cinzenta no Google Académico e Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), nos idiomas português, inglês e espanhol e sem limite temporal. Utilizaram-se os seguintes descritores, individualmente ou em combinação, adequados a cada base de dados: (*parents; mothers; fathers; caregivers*) AND (*empowerment; parenting education; learning methods; family centered care; nursing intervention; education; pediatric nursing*) AND (*"child, disabled"; "child, medically fragile"; ostomy education; ostomy care nursing; children with special health needs; technology-dependent child; ostomized child; ostomy; ostomy care*). Os critérios de elegibilidade foram, a população constituída por pais/cuidadores de crianças ostomizadas, a capacitação parental e qualquer contexto de cuidados de saúde. O processo de seleção dos artigos foi realizado através das fases integradas no diagrama de fluxo PRISMA-ScR (Page, 2020). De um total de 279 artigos, foram eliminados 210 após leitura do título e resumo. Dos 69 restantes, 3 tinham acesso pago, 9 população inelegível e 34 contexto errado, sendo incluídos 23 artigos.

INTRODUÇÃO

A necessidade de realizar uma ostomia numa criança leva ao surgimento de alterações no dia-a-dia, não só da criança, podendo gerar sentimentos de irritabilidade, frustração, ansiedade e culpa (Zacarin, C. *et al*, 2018). O enfermeiro é essencial para providenciar suporte a estas crianças e família, capacitando-os na aquisição de autonomia nos cuidados específicos que a nova condição de saúde exige.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após análise de conteúdo dos artigos e tendo por base a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, surgiram 4 categorias que se desenrolam de forma encadeada, levando ao sucesso da capacitação parental.



CONCLUSÃO

A evidência disponível sobre a intervenção de enfermagem capacitar os pais/cuidadores de crianças ostomizadas para a autonomia do papel parental, permite compreender as suas dimensões e as respetivas intervenções de enfermagem. As intervenções analisadas demonstraram ser eficazes no processo de capacitação parental, independentemente do tipo de ostomia. A capacitação parental deve ser iniciada o mais precocemente possível permitindo a aquisição de conhecimentos e de habilidades, que promovam o desempenho do papel parental de forma mais confiante e competente, diminuindo o stress e ansiedade, levando à melhoria da qualidade de vida das crianças e dos seus cuidadores.

Autoria: Cereja, J 1 (joana.cereja@gmail.com); Medeiros, V 1 (vania.s.medeiros85@gmail.com); Ramos, S. 4, Charepe, Z. 2., Caldeira, S. 2, Lourenço, M 2, Nunes, E 3

1 Mestrando do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa; 2 Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa; 3 Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; 4 Professora Auxiliar convidada, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa e Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias

Referências
Bibliográficas



**ANEXO I – Certificado de Participação com
Poster Científico no V Seminário
Internacional do Mestrado em Enfermagem:
Enfermagem Especializada – Uma Voz para o
Humanismo**



V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem Enfermagem Especializada: UMA VOZ PARA O HUMANISMO

CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enf.(a) Joana Cereja, Vânia Medeiros, Prof. Doutora Elisabete Nunes, Prof. Dra. Margarida Lourenço e Prof. Dra. Sílvia Caldeira apresentaram, em coautoria, o Poster n.º 1 com o tema ***Capacitar os pais de crianças ostomizadas para autonomia do papel parental: a Scoping Review*** no **V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, premiado com 1º lugar da área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, no **dia 25 de novembro de 2022**, Auditório 1, *Campus da Palma de Cima*, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 25 de novembro de 2022.



A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP

Universidade Católica Portuguesa
Instituto de Ciências da Saúde
Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Associada



