



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

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

CRIANÇA COM OSTOMIA E FAMÍLIA: UM CUIDAR ESPECIALIZADO

CHILD WITH OSTOMY AND FAMILY: SPECIALIZED CARE

Por
Joana Margarida Correia Cereja

Lisboa, 2023



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

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

CRIANÇA COM OSTOMIA E FAMÍLIA: O CUIDAR ESPECIALIZADO

CHILD WITH OSTOMY AND FAMILY: SPECIALIZED CARE

Por
Joana Margarida Correia Cereja

Sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Ramos

Lisboa, 2023

AGRADECIMENTOS

Às Professoras Doutoras Elisabete Nunes e Margarida Lourenço que desde o início desta jornada acreditaram neste tema, incentivando, sempre com críticas construtivas.

À Professora Doutora Sílvia Ramos por toda a orientação e pelos incentivos e motivação, levando sempre a soluções de melhoria.

Um obrigado muito grande aos colegas que me orientaram neste percurso, tendo a paciência e a sabedoria para colaborarem e motivarem na concretização de todos os objetivos e mais alguns.

Um obrigado à minha querida amiga Sofia, a paixão pela estomaterapia e pela pediatria juntou os nossos caminhos e todos os momentos de partilha foram sem dúvida muito importantes.

Um obrigado especial à Vânia, por ter tido a paciência de me aturar e de comigo ter percorrido este caminho, fizemos uma bela equipa!

A todos os meus amigos e colegas que direta e/ou indiretamente contribuíram para que conseguisse realizar este trabalho.

Aos meus pais, a base de toda a minha educação, levando sempre à procura da excelência naquilo que faço.

Um beijinho muito especial ao Vítor, por todo o amor e apoio incondicional, pela ajuda e compreensão nos momentos de ausência.

Um beijinho do tamanho do Universo à Catarina, à Carolina e ao Rodrigo, que são o meu orgulho, a minha maior motivação e foram um apoio excepcional na concretização deste trabalho.

Um obrigado especial a todas as crianças e pais com quem tive o privilégio de me cruzar, em especial para todas as crianças com ostomias. Este trabalho é dedicado a todos vós, pela vossa força e resiliência.

RESUMO

A criança com ostomia e família é atualmente, devido ao desenvolvimento tecnológico na área da saúde, uma população crescente, que requer um olhar mais aprofundado pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Este cuidar especializado não só deve ter em consideração os cuidados específicos à criança com ostomia, mas também os cuidados promotores do seu desenvolvimento físico, psicológico, social, cultural e espiritual, não esquecendo a família como pilar essencial na qualidade de vida destas crianças.

A capacitação e empoderamento dos pais/cuidadores de crianças com ostomias pode ser entendida à luz do referencial teórico descrito por Cheryl Gibson, “O processo de empoderamento nas mães de crianças com doenças crónicas”, permitindo intervir e facilitar a transição nas várias fases do processo, tornando-os parceiros no cuidar para depois permitir que sejam estes os gestores dos cuidados.

Tendo como foco de atenção a capacitação dos pais/cuidadores de crianças com ostomia realizou-se em coautoria a *Scoping Review*: “Capacitar os pais de crianças ostomizadas para a autonomia do papel parental” levando ao mapeamento da evidência científica.

O presente relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização de Saúde Infantil e Pediátrica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Tem como objetivo descrever o percurso desenvolvido nos vários contextos de estágio de forma crítica e reflexiva, evidenciando a intervenção do enfermeiro especialista no cuidar da criança com ostomia e família, bem como o aprofundar de competências comuns e específicas.

Na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, foi possível intervir e desenvolver competências nos cuidados à criança com ostomia de eliminação intestinal e família. Saliento o facto de ter realizado vários materiais de ensino e disponibilizado vários recursos à equipa para uma prestação de cuidados segura e de qualidade.

Na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, tive a oportunidade de intervir e desenvolver competências nos cuidados à criança com ostomia respiratória e família. Realço a oportunidade de não só ter elaborado vários materiais e recursos, como rever a norma de cuidados à criança com traqueotomia com vista à

segurança e melhoria da qualidade dos cuidados. Tive ainda a oportunidade única de criar sinergias entre vários grupos de trabalho institucionais resultando na elaboração de um projeto de simulação para pais/cuidadores de crianças com traqueotomia.

No serviço de Cirurgia Pediátrica e Queimados desenvolvi competências nos cuidados à criança com ostomia urinária não continente e família. Enfatizo a elaboração de vários materiais e recursos de ensino não só para os pais/cuidadores, mas também para as crianças. Terminando este percurso com a elaboração de um projeto de melhoria continua dos cuidados de enfermagem institucional – Consulta de Enfermagem de Estomaterapia Pediátrica

Palavras-Chave: Capacitar; criança; ostomia; família, cuidados de enfermagem

ABSTRACT

The child with ostomy and family is currently, due to technological development in the health field, a growing population, which requires a deeper look by the Nurse Specialist in Child and Pediatric Health Nursing.

This specialized care should not only take into account the specific care for the child with an ostomy, but also care that promotes their physical, psychological, social, cultural and spiritual development, not forgetting family as an essential support in the quality of life of these children.

The training and empowerment of parents/caregivers of children with ostomies can be understood in the light of the theoretical framework described by Cheryl Gibson, "The process of empowerment in mothers of chronically ill children", allowing to intervene and facilitate the transition in the various stages of the process, making them partners in care and then allowing them to be the care managers.

With the focus on empowerment parents/caregivers of children with a stoma, was co-authored the Scoping Review: "Empowerment the parents of ostomized children for the autonomy of the parental role" leading to the mapping of scientific evidence. This report is part of the Master's Course in Nursing, in the specialist area of Child and Pediatric Health at the Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Aiming to describe the course developed in the various internship contexts in a critical and reflective way, highlighting the intervention of the specialist nurse in caring for children with ostomy and family, as well as the deepening of common and specific skills.

In the Neonatal Intensive Care Unit, it was possible to intervene and develop skills in the care of children with an intestinal elimination ostomy and family. I emphasize the fact that I produced several teaching materials and provided the team with various resources to provide safe and quality care.

At the Pediatric Intensive Care Unit, I had the opportunity to intervene and develop skills in caring for children with respiratory ostomy and family. I highlight the opportunity of not only having prepared various materials and resources, but also reviewing the care standard of care for children with tracheotomy, with a view to safety and improving the quality of care. Also having the unique opportunity to create

synergies between several institutional working groups resulting in the elaboration of a simulation project for parents/caregivers of children with tracheotomy.

In the Pediatric Surgery and Burns service, I developed skills in the care of children with non-continent urinary ostomy and family. I emphasize the development of various teaching materials and resources not only for the parents/caregivers but also for the children. I end this path with the elaboration of a project for the continuous improvement of institutional nursing care - Pediatric Stomatherapy Nursing Consultation.

Keywords: Empowerment, child, ostomy, family, nursing care

LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

AARC – *American Association for Respiratory Care*

APA – *American Psychological Association*

APECE – Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomaterapia

CHKS – *Caspe Healthcare Knowledge Systems*

CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DFEM – Departamento de Formação em Emergência Médica

DGS – Direção-Geral da Saúde

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ICN - *International Council of Nurses*

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.

OMS – Organização Mundial da Saúde

PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

RN – Recém-nascido

SARS-CoV-2 – *Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*

SBV – Suporte Básico de Vida

SNS – Sistema Nacional de Saúde

TIP – Transporte Inter-hospitalar Pediátrico

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

WOCN® - *Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*

ÍNDICE GERAL

| | |
|--|----|
| 1. INTRODUÇÃO | 17 |
| 2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL | 21 |
| 2.1. O processo de empoderamento nas mães de crianças com doenças crônicas de Cheryl Gibson | 22 |
| 2.2. A comunicação como a base da interação..... | 23 |
| 2.3. A criança com ostomia e família | 23 |
| 2.4. O cuidado especializado à criança com ostomia e família como um direito..... | 24 |
| 2.5. “Capacitar os pais de crianças ostomizadas para a autonomia do papel parental: uma Scoping Review” | 26 |
| 2.5.1. Metodologia | 26 |
| 2.5.2. Resultados..... | 28 |
| 2.5.3. Discussão e Conclusão | 29 |
| 3. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DO PERCURSO FORMATIVO | 31 |
| 3.1. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais – Criança com ostomia intestinal e família | 32 |
| 3.1.1 Caracterização do Contexto | 34 |
| 3.1.2 Diagnóstico de Situação..... | 36 |
| 3.1.3. Objetivo I: Prestar cuidados específicos de enfermagem ao RN prematuro ou em risco e família, promovendo o papel parental. | 37 |
| 3.1.4. Objetivo II: Contribuir para a uniformização das práticas para a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem ao RN com ostomia intestinal e família. | 40 |
| 3.2. Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos – Criança com ostomia respiratória e família | 46 |
| 3.2.1. Caracterização do contexto | 48 |
| 3.2.2. Diagnóstico de situação | 48 |
| 3.2.3. Objetivo I: Prestar cuidados específicos de enfermagem à criança em situação crítica e família, promovendo o papel parental. | 49 |
| 3.2.4. Objetivo II: Contribuir para a uniformização das práticas para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à criança com ostomias respiratórias e família na UCIP..... | 52 |
| 3.3. Serviço de Cirurgia Pediátrica e Queimados – Criança com ostomia urinária não continente e família | 58 |
| 3.3.1. Caracterização do contexto | 59 |
| 3.3.2. Diagnóstico da situação | 60 |
| 3.3.3. Objetivo I: Prestar cuidados específicos de enfermagem à criança com ostomia de eliminação e família, promovendo o papel parental..... | 61 |

| | |
|--|------------|
| 3.3.4. Objetivo II: Contribuir para a uniformização das práticas para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à criança com ostomia de eliminação urinária não continente e família | 66 |
| 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 73 |
| 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 77 |
| APÊNDICES | 89 |
| Apêndice I – Scoping Review: “Capacitar os pais de crianças ostomizadas para autonomia do papel parental” | 90 |
| Apêndice II - Análise SWOT contexto de UCIN | 140 |
| Apêndice III – Prestação de cuidados de elevada complexidade ao RN e família com ostomia na UCIN..... | 142 |
| Apêndice IV - Guia Prático dos Cuidados ao(s) Estoma(s) do seu Bebê..... | 145 |
| Apêndice V - Manequim <i>low cost</i> elaborado pela autora UCIN | 151 |
| Apêndice VI - Formulário para avaliação do "Guia Prático dos Cuidados ao(s) Estoma(s) do seu Bebê"..... | 152 |
| Apêndice VII - Resultado da Avaliação do “Guia Prático dos Cuidados ao(s) Estoma(s) do seu Bebê” | 155 |
| Apêndice VIII - Vídeo exemplificativo para os pais/cuidadores de RN com ostomias intestinais | 158 |
| Apêndice IX - Reflexão sobre uma situação de prática clínica na UCIN | 159 |
| Apêndice X - <i>Checklist</i> - Intervenções de enfermagem na capacitação dos pais/cuidadores de RN com ostomias intestinais | 171 |
| Apêndice XI - Dossier - Dispositivos de Ostomia de Eliminação Pediátricos Comparticipados | 174 |
| Apêndice XII - <i>Kit</i> para alta UCIN..... | 199 |
| Apêndice XIII - Sessão de formação à equipa de enfermagem da UCIN | 200 |
| Apêndice XIV - Avaliação da sessão de formação da UCIN | 224 |
| Apêndice XV - Vídeo exemplificativo para a equipa de enfermagem da UCIN | 225 |
| Apêndice XVI – Análise SWOT contexto de UCIP | 226 |
| Apêndice XVII – Reflexão sobre uma situação de prática clínica no contexto da UCIP | 228 |
| Apêndice XVIII – Prestação de cuidados de elevada complexidade à criança em situação crítica e família na UCIP | 245 |
| Apêndice XIX – Guia prático para os pais/cuidadores: Cuidados Básicos à Criança com Traqueotomia | 247 |
| Apêndice XX – Manequim <i>low cost</i> elaborado pela autora UCIP | 255 |
| Apêndice XXI – Formulário para a avaliação do “Guia prático para os pais/cuidadores: Cuidados Básicos à Criança com Traqueotomia” | 256 |
| Apêndice XXII – Resultado da avaliação do “Guia prático para os pais/cuidadores: Cuidados Básicos à Criança com Traqueotomia” | 259 |

| | |
|--|------------|
| Apêndice XXIII – Checklist’s das Intervenções de Enfermagem na capacitação de pais/cuidadores de crianças com traqueotomia..... | 262 |
| Apêndice XXIV – Exemplo dos Kit’s de emergência elaborados pela autora..... | 272 |
| Apêndice XXV – SBV Pediátrico: Criança com Traqueotomia..... | 273 |
| Apêndice XXVI – Norma de Cuidados Básicos de Enfermagem à Criança com Traqueotomia | 275 |
| Apêndice XXVII – Programa de Simulação para pais/cuidadores de Crianças com Ostomias Respiratórias (Traqueotomia)..... | 302 |
| Apêndice XXVIII - Sessão de formação "Cuidados de Enfermagem à Criança com Traqueotomia e Família" | 331 |
| Apêndice XXIX – Avaliação da sessão de formação da UCIP | 349 |
| Apêndice XXX – Análise SWOT do contexto serviço de Cirurgia Pediátrica e Queimados | 350 |
| Apêndice XXXI – Sessão de apresentação do projeto de estágio no serviço de Cirurgia Pediátrica e Queimados | 352 |
| Apêndice XXXII – Reflexão sobre uma situação de prática clínica: Serviço de Cirurgia Pediátrica e Queimados | 361 |
| Apêndice XXXIII – Prestação de cuidados à criança com ostomia de eliminação intestinal e família no serviço de Cirurgia Pediátrica e Queimados..... | 376 |
| Apêndice XXXIV – Guia prático para os pais/cuidadores: O meu filho tem uma Urostomia e agora? | 378 |
| Apêndice XXXV – Formulário para avaliação do Guia “O meu filho(a) tem uma Urostomia e agora?” | 386 |
| Apêndice XXXVI – Avaliação do Guia prático para os pais/cuidadores: “O meu filho(a) tem uma Urostomia e agora?” | 389 |
| Apêndice XXXVII – Vídeo exemplificativo para crianças com urostomia em idade escolar..... | 392 |
| Apêndice XXXVIII - Norma dos Cuidados Básicos de enfermagem à Criança com Urostomia..... | 393 |
| Apêndice XXXIX - Dossier Dispositivos de Ostomia de Eliminação Pediátricos Comparticipados | 417 |
| Apêndice XL – Checklist das Intervenções de Enfermagem: Capacitar os pais/cuidadores de Crianças com ostomias urinárias não continentes | 443 |
| Apêndice XLI - Kit para alta Criança com Urostomia | 446 |
| Apêndice XLII - Sessão de formação "Cuidados de Enfermagem à Criança com Ostomias Urinárias Não Continentes e Família" | 447 |
| Apêndice XLIII - Avaliação da sessão de formação no serviço de Cirurgia Pediátrica e Queimados..... | 470 |
| Apêndice XLIV - Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem..... | 471 |
| ANEXOS | 495 |

| | |
|---|------------|
| ANEXO I - Certificado de participação no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem com o Póster "Capacitar os pais de crianças ostomizadas para autonomia do papel parental", premiado com o 1º lugar da área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica | 496 |
| ANEXO II - Divulgação da sessão de formação UCIN | 497 |
| ANEXO III - Plano da sessão de formação na UCIN | 498 |
| ANEXO IV - Formulário de avaliação da sessão de formação | 500 |
| ANEXO V - Material de bolso facultado à equipa de enfermagem da UCIN | 502 |
| ANEXO VI - Certificado de apresentação da comunicação oral, no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem | 503 |
| ANEXO VII – Declaração da inclusão do “SBV Pediátrico – Criança com Traqueotomia” no manual de cuidados institucional | 504 |
| ANEXO VIII - Convite para participação no Congresso Nacional de Estomaterapia 2023 | 505 |
| ANEXO IX - Divulgação da sessão de formação UCIP | 506 |
| ANEXO X - Plano da Sessão de formação na UCIP | 507 |
| ANEXO XI - Formulário da avaliação da sessão de formação UCIP | 509 |
| ANEXO XII - Divulgação da sessão de apresentação do projeto de estágio | 511 |
| ANEXO XIII - Peluche com estoma para Brinquedo Terapêutico | 512 |
| ANEXO XIV - Divulgação da sessão de formação Serviço de Cirurgia Pediátrica e Queimados | 513 |
| ANEXO XV - Plano da Sessão de formação Serviço de Cirurgia Pediátrica e Queimados | 514 |
| ANEXO XVI - Formulário de avaliação da sessão de formação serviço de Cirurgia Pediátrica e Queimados | 516 |
| ANEXO XVII - Material de bolso facultado à equipa de enfermagem do serviço de Cirurgia Pediátrica e Queimados | 518 |
| ANEXO XVIII - Certificado de integração da Comissão Organizadora e participação no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem | 519 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1 - Intervenções de enfermagem na capacitação dos pais/cuidadores de crianças ostomizadas para a autonomia do papel parental | 29 |
|---|----|

ÍNDICE DE QUADROS

| | |
|--|----|
| Quadro 1 - Média de RN com patologia do trato gastrointestinal submetidos a ostomias intestinais entre 2019 e 2021 na UCIN | 34 |
| Quadro 2 - Ostomias intestinais realizadas nos últimos 3 anos na UCIN | 35 |

1. INTRODUÇÃO

Este documento surge como momento avaliativo da Unidade Curricular "Estágio Final e Relatório" do Curso de Mestrado em Enfermagem (Lisboa), área de especialização Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Durante o meu percurso enquanto profissional tive o privilégio de ter exercido funções durante cerca de dez anos em contexto de Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, o que me levou durante esse período a ingressar neste mesmo curso em 2009, tendo concluído apenas o Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Já neste período as crianças com ostomias e família eram um grande desafio, não só em termos de cuidados específicos à criança com ostomia, mas também na capacitação parental e na transição segura para casa. Por motivos pessoais nestes últimos nove anos passei a exercer funções num serviço de consulta externa, na área de especialidades cirúrgicas, sendo este um contexto de cuidados de adultos. Desde a minha integração no serviço que senti um grande fascínio pela Consulta de Enfermagem de Estomaterapia, no acompanhamento da pessoa com ostomia, na relação terapêutica e parceria de cuidados que se estabelece. Assim, considerei que era, e ainda é uma consulta com um potencial imenso a nível de desenvolvimento de projetos melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Durante estes últimos anos tenho-me dedicado à formação na área, realizando em coautoria projetos de melhoria da consulta, dando início na instituição onde exerço funções a uma Consulta de Enfermagem Pré-operatória de Estomaterapia com resultados positivos, tanto na diminuição do tempo de internamento, como num autocuidado mais precoce. Foram ainda elaborados com coautoria várias normas orientadoras e materiais informativos para o utente e família, que em equipa temos divulgado em congressos e formações na área. Este percurso permitiu a atribuição em 2020, pela Ordem dos Enfermeiros de Competência Acrescida Avançada em Estomaterapia.

Nos momentos de partilha, tanto em congressos como em formações, o facto de ser enfermeira especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica levantava

sempre questões acerca dos cuidados à criança com ostomia e família, dando por mim a refletir. Como é que é a realidade dos cuidados à criança com ostomia e família? Que recursos existem? Que dificuldades sente a equipa de enfermagem na prestação de cuidados? Que evidência sustenta estes cuidados tão específicos? Como poderia eu ser enfermeira especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica com competências avançadas em estomaterapia e sentir profundas lacunas nestas respostas? Resolvi então reingressar no mesmo curso de 2009 para poder preencher estas lacunas que sentia e interligar dois mundos tão fascinantes em enfermagem, a pediatria e a estomaterapia.

A realização com coautoria de uma revisão de literatura, permitiu mapear a evidência acerca da capacitação dos pais/cuidadores de crianças com ostomias e perceber que não existem quaisquer dados ou estudos publicados acerca desta população em Portugal.

A escolha dos contextos de estágio, teve em consideração o facto de serem uma referência de cirurgia pediátrica. Optei por realizar todos os estágios na mesma instituição, e com isso poder ter a oportunidade não só de prestar cuidados à criança com ostomia e família, mas também compreender o seu acompanhamento.

Realizei um percurso similar em cada contexto de estágio, usando a metodologia de protejo como base para a realização de diagnósticos de situação e, posteriormente, desenvolver objetivos e atividades o mais adaptadas possível à realidade do contexto. Assim, em cada contexto aprofundi a criança com ostomia e família com um tipo específico de ostomia, que é apresentado sequencial e cronologicamente: Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais – Criança com ostomia intestinal e família; Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos – Criança com ostomia respiratória e família; Serviço de Cirurgia Pediátrica e Queimados – Criança com ostomias urinárias não continentes e família.

Desta forma, foi possível o aprofundamento de conhecimentos e competências tanto de enfermeira especialista como de estomaterapia.

Este relatório encontra-se dividido em cinco capítulos principais. O primeiro, a introdução, é apresentada a justificação do tema, o objetivo do relatório, bem como a sua sequência de apresentação. O segundo capítulo diz respeito ao enquadramento teórico-conceptual, descrevendo o referencial teórico onde são ancorados os cuidados de enfermagem à criança com ostomia e família, tal como a *Scoping Review* que irá permitir transpor para a prática a evidência científica mais

atual. O terceiro capítulo descreve o percurso formativo, os objetivos, as atividades, tal como o desenvolvimento de competências do EEESIP. Encontra-se dividido em três subcapítulos referentes a cada contexto de estágio, ordenados por Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos e Serviço de Cirurgia Pediátrica e Queimados. No quarto capítulo as considerações finais, está redigida a reflexão final alusiva à concretização dos objetivos e percurso formativo e no quinto capítulo apresentam-se as referências bibliográficas. Por fim, encontram-se os apêndices e anexos que sustentam todo o percurso desenvolvido. Todo o documento, tanto na elaboração como na referenciação, teve por base as normas APA 7ª Edição.

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) tem como missão prestar cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança/jovem saudável ou doente, proporcionar educação para a saúde, assim como identificar e mobilizar recursos de suporte à família/pessoa significativa. A sua intervenção deve ser baseada na parceria com a criança/jovem e família, em qualquer contexto em que ela se encontre, promovendo o mais elevado estado de saúde possível (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Para o cumprimento desta missão o EEESIP deve providenciar *“a existência de um quadro referencial orientador para o estabelecimento de cuidados centrados na família enquanto recurso para a criança/jovem”* (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Na base da prática de cuidados do EEESIP, estão modelos e teorias com enfoque na família e na importância da parceria de cuidados, o que nos leva ao conceito de Cuidados Centrados na Família. Este é definido como uma abordagem ao planeamento, prestação e avaliação dos cuidados de saúde, que é orientada pelo benefício mútuo da parceria entre profissionais de saúde, pessoas e famílias e que se aplica a pacientes de todas as idades e pode ser praticado em qualquer contexto dos cuidados. Estes cuidados consideram as necessidades de todos os membros da família e não apenas as da criança, ou seja, todos os membros da família são considerados clientes dos cuidados. Este conceito assenta na premissa de que as famílias e os profissionais de saúde são parceiros nos cuidados à criança, promovendo o seu desenvolvimento e bem-estar (Cerqueira & Barbieri-Figueiredo, 2020).

É ainda de salientar que, tendo em conta a especificidade do binómio criança e família, na filosofia dos cuidados centrados na família, os cuidados de enfermagem devem ter ênfase nas interações e processos comunicacionais que lhe estão subjacentes, independentemente do contexto de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

2.1. O processo de empoderamento nas mães de crianças com doenças crônicas de Cheryl Gibson

Mantendo a linha de pensamento de cuidados centrados na família, surge o referencial teórico do processo de empoderamento descrito por Cheryl Gibson, “O processo de empoderamento nas mães de crianças com doenças crônicas” (Gibson, 1995). Este referencial teórico, descreve o processo de empoderamento em quatro fases, interdependentes e sobrepostas, sendo descritas como: precondição, processo, resultados e consequências.

Na primeira fase denominada de “precondição”, estão implícitos a vinculação, o amor, o comprometimento e a responsabilidade pela criança, que motivam e sustentam o processo de empoderamento.

A segunda fase designada de “processo”, é composta por quatro componentes: a descoberta da realidade, na qual as mães procuram informações acerca do estado de saúde do seu filho e assumem a responsabilidade sobre o cuidado; reflexão crítica, as mães refletem acerca da realidade e realizam mudanças nas suas vidas, desenvolvem uma sensação de poder pessoal, adquirindo confiança nos seus conhecimentos para enfrentar a situação; assumir o controle, as mães advogam a favor do filho, interagem com os profissionais de saúde e são firmes nos cuidados com vista às necessidades do seu filho; assegurar, as mães confiam nas suas competências e capacidades, mantendo a sensação de poder mesmo durante as mudanças de circunstâncias.

Em todo este processo, existe a frustração, fator este que é uma força poderosa que leva as mães a descobrir a realidade, refletir sobre a situação e atuar para alcançar a mudança, mantendo a sensação de poder pessoal. É descrito que nesta fase existem fatores influenciadores intrapessoais de cada mãe, como a experiência, a determinação, crenças, valores e suporte social.

Na terceira fase intitulada de “resultado”, as mães participam ativamente nos cuidados, pois estão capacitadas e empoderadas.

E por fim, na quarta fase apelidada de “consequência”, as mães adquirem novas competências mediante a vivência de todas as fases do processo de empoderamento.

Este referencial teórico, permite-nos na prática compreender em qual das fases de empoderamento se encontra a mãe/família, tendo em conta a individualidade de

cada um, para que possamos intervir e facilitar a transição para a fase seguinte, tornando-os parceiros no cuidar para depois permitir que sejam estes os gestores dos cuidados.

Azevedo et al. (2018), no seu estudo qualitativo, analisaram o processo de empoderamento de mães de crianças internadas numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, à luz do referencial de Cheryl H. Gibson, no qual constataram que todas as mães passaram pelo menos por uma fase do processo de empoderamento. Verificaram ainda ser essencial uma escuta ativa e partilha de informação com as mães, subsidiando os fatores facilitadores, para que passem pelo processo de empoderamento, tornando-as competentes nos cuidados e nas tomadas de decisão relacionadas com os seus filhos.

Este referencial teórico foi essencial ao longo deste percurso na compreensão e na reflexão crítica, no que diz respeito à intervenção do EEESIP na criança com ostomia e família.

2.2. A comunicação como a base da interação

A base de qualquer interação é a comunicação que, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2017), deve ser acessível, acionável, ter credibilidade, ter confiabilidade, devendo ser relevante, centrada no indivíduo e família, atendendo às suas preferências, optando pelos canais de informação mais adequados, tendo como objetivo a adoção de atitudes e comportamentos de saúde.

Não podemos esquecer que o processo de comunicação é multidirecional e para o seu sucesso contribui não só a atitude do enfermeiro, que deve recorrer a uma escuta ativa, mas também a atitude da pessoa que deve ser orientada para o seu próprio empenho (Fernandes & Andrade, 2020).

2.3. A criança com ostomia e família

É desconhecida em Portugal a população pediátrica com ostomias, embora exista na literatura nacional e internacional alguns estudos que relevam o aumento do número de crianças com doenças crónicas com dependência tecnológica, nas quais podemos incluir as crianças com ostomias. Estes estudos demonstram que

os internamentos destas crianças são mais prolongados, onerosos e com maior probabilidade de ocorrência de morte. Salienta-se 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).

O desconhecimento epidemiológico desta população tão específica e crescente na nossa realidade, leva a que os cuidados prestados possam não ser os mais adequados às suas necessidades, nomeadamente no que diz respeito a dispositivos médicos, a ensinos estruturados de capacitação tanto da criança como dos pais/cuidadores, o que inevitavelmente influenciará a qualidade de vida destas crianças e família.

2.4. O cuidado especializado à criança com ostomia e família como um direito

A criança com ostomia e sua família merecem especial relevo na prática de cuidados, mobilização de recursos específicos, e continuidade de cuidados especializados, estando estes direitos consagrados na “Convenção sobre os Direitos da Criança” no Artigo 23º alínea 2) “*o direito de beneficiar de cuidados especiais (...), na medida dos recursos disponíveis (...) adaptada ao estado da criança e à situação dos pais ou daqueles que a tiverem a seu cargo*” e artigo 24º alínea 1) “*reconhecem à criança o direito a gozar do melhor estado de saúde possível e a beneficiar de serviços médicos (...) nenhuma criança seja privada do direito de acesso a tais serviços de saúde*”. Estes direitos estão igualmente reconhecidos e destacados na “Carta da Criança Hospitalizada” nos artigos 2º e 3º, os quais dão especial relevo ao direito à presença dos pais junto da criança hospitalizada, tendo direito à informação apropriada e à participação ativa nos cuidados ao seu filho. Por outro lado, no artigo 7º “*O Hospital deve oferecer às crianças um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afetivas e educativas, quer no aspeto do equipamento, quer no do pessoal e da segurança*”, no artigo 8º “*A equipa de saúde deve ter formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e da família*” e no artigo 9º

“A equipa de saúde deve estar organizada de modo a assegurar a continuidade dos cuidados que são prestados a cada criança” (Instituto de Apoio à Criança, 2009).

Na procura da excelência no exercício profissional, a Ordem dos Enfermeiros (2017) elaborou enunciados descritivos referentes aos cuidados à criança e família, que devem ser considerados no cuidado à criança com ostomia e família independentemente do contexto:

“A satisfação da criança/jovem; A promoção da saúde; A prevenção de complicações; O bem-estar e o autocuidado; A adaptação às condições de saúde; A organização dos cuidados de enfermagem”.

Sendo os cuidados à criança com ostomia e família tão específicos e uma preocupação a nível nacional, nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, por proposta conjunta do Departamento da Qualidade na Saúde e da Ordem dos Médicos e da Ordem dos Enfermeiros, a Direção-Geral da Saúde (DGS), ouvindo o INFARMED, a Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. e os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, a DGS emitiu em 2016 e atualizou em 2017 várias normas acerca das indicações clínicas e intervenção nas ostomias em idade pediátrica e no adulto (DGS, 2017a; DGS, 2017b; DGS, 2017c), nas quais está bem estabelecido o acompanhamento a esta população tão especial. Deste modo, esta vigilância deverá iniciar-se no pré-operatório com um plano detalhado sobre a preparação da alta e um acompanhamento estruturado no pós-alta, mantendo a monitorização e controlo clínico, não esquecendo a individualidade e especificidade de cada criança e família.

Na normalização e regulação, no que se relaciona com os cuidados de enfermagem específicos à criança com ostomia e sua família, em 2019, a Ordem dos Enfermeiros aprovou o Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Estomaterapia, no qual refere que o Enfermeiro de Estomaterapia conceptualiza, concebe, desenvolve e operacionaliza o processo de cuidados de forma sistematizada, estruturando as práticas clínicas de estomaterapia nos diferentes contextos de atuação. Acrescenta ainda que deve prestar um suporte efetivo e integral à pessoa com ostomia nas diferentes etapas do ciclo vital, da família/cuidador, assumindo responsabilidades, através da gestão de cuidados, assentes no conhecimento, habilidades e atitudes de forma a garantir qualidade e segurança dos cuidados. Deve ainda acompanhar os processos de transição de

cuidados entre os diferentes contextos de atuação, salvaguardando e garantindo uma adaptação individual e segura da pessoa com ostomia e sua família, numa integração eficaz a nível familiar e cultural (Ordem dos Enfermeiros, 2019a).

Deste modo, o enfermeiro está posicionado numa forma única para promover o defrontar e a adaptação de crianças com uma nova ostomia, bem como os seus cuidadores. Não só presta cuidados específicos à criança com ostomia, como tem em conta a promoção do seu desenvolvimento com uma nova condição de saúde e fornece ensino adequado à criança e seus cuidadores, de forma a estabelecer uma base estável para uma transição bem-sucedida para a vida com uma ostomia (Stetzer, 2021).

2.5. “Capacitar os pais de crianças ostomizadas para a autonomia do papel parental: uma Scoping Review”

Tendo por base todo o enquadramento realizado acerca dos cuidados à criança com ostomia e família, realizou-se em coautoria uma revisão da literatura “Capacitar os pais de crianças ostomizadas para a autonomia do papel parental: uma Scoping Review”. Esta revisão de literatura foi elaborada no contexto da unidade curricular de enfermagem Pediátrica e encontra-se na íntegra no **Apêndice I**.

O objetivo desta revisão foi mapear a evidência disponível sobre a intervenção de enfermagem, capacitar os pais/cuidadores de crianças ostomizadas para a autonomia do papel parental.

2.5.1. Metodologia

A estratégia de pesquisa foi realizada em três fases:

Numa primeira fase foi efetuada uma pesquisa nas bases de dados eletrónicas *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 eletrónicas CINAHL, 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 abril de 2022.

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).

O quadro que descreve a estratégia de pesquisa e termos usados na *scoping review* (22.04.2022) encontra-se no Quadro 1 do **Apêndice I**.

.Os critérios de inclusão foram definidos segundo a mnemónica PCC, tendo sido considerados estudos cuja população (P) foi constituída por pais/cuidadores de crianças ostomizadas, independentemente do tipo de ostomia, não havendo quaisquer restrições de género, etnia, cultural ou características individuais. Relativamente à faixa etária da criança ostomizada, considerou-se dos 0 aos 21 anos de idade devido não só à sua condição de doença crónica, incapacidade e/ou deficiência (Ordem dos Enfermeiros, 2015), como também, e como referido anteriormente, pelo facto de a construção de alguns estomas estar associada com outros tipos de dependência física das crianças/jovens que se prolonga para a vida adulta (Santos & Cesaretti, 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.

Esta revisão *scoping* considerou estudos quantitativos, 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) (Page, 2021), tal como demonstra a Figura 2 do **Apêndice I.**

Procedeu-se depois à leitura na íntegra dos estudos selecionados por dois revisores independentes, para a extração dos dados, conforme se apresenta no Quadro 2 do **Apêndice I.**

2.5.2. Resultados

Resultaram 23 artigos para análise. Dos artigos selecionados 52% (12) foram elaborados nos últimos cinco 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, a maior parte revisões de literatura (64%).

Assim, após a análise de conteúdo dos artigos e tendo por base a CIPE® (ICN, 2018; Ordem dos Enfermeiros, 2016), surgiram quatro categorias de intervenção de enfermagem que se desenrolam de forma encadeada, levando ao sucesso da capacitação parental, sendo elas: Ensinar, Instruir, Treinar e Supervisionar, tal como demonstra a Figura 1.

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 enfatize o seu foco de intervenção no pós-operatório (Gao et al., 2021; Tofil et al., 2013; Joseph, 2011; Goudarzi et al., 2016; Kohn et al., 2019; Huddleston & Ferraro, 1991; Barry et al., 2018; Stetzer, 2021; Rodrigues et al., 2020; Severo et al., 2019; Bishop & Head, 1976; Perez et al., 1984; Orne et al., 2018).

Figura 1 - Intervenções de enfermagem na capacitação dos pais/cuidadores de crianças ostomizadas para a autonomia do papel parental



2.5.3. Discussão e Conclusão

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 e Head 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. Este modelo de acompanhamento é referido nos artigos mais antigos, onde predominam as revisões de literatura, defendendo a elaboração de planos de cuidados estruturados, individualizados e centrados nas necessidades específicas da criança ostomizada, mas também na capacitação dos pais/cuidadores para uma transição adequada para o domicílio (Embon, 1990; Fiske, 2004; Huddleston & Ferraro, 1991; Oberwaldner & Eber, 2006; Perez 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 os autores a realizar estudos quase-experimentais.

Todas as intervenções de enfermagem analisadas demonstraram ser eficazes no processo de capacitação parental, conduzindo a equipa de enfermagem para um papel fundamental na elaboração e implementação de programas individuais e sistematizados de ensino aos pais/cuidadores da criança ostomizada, independentemente do tipo de ostomia.

A capacitação dos pais/cuidadores, a aquisição de conhecimentos e de habilidades que os tornam competentes no cuidado à criança ostomizada, diminui o stress, a ansiedade e depressão, levando à melhoria da qualidade de vida das crianças e dos seus cuidadores.

Esta revisão de literatura foi apresentada em formato Póster no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, tendo sido premiado com o 1º lugar da área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, no dia 25 de novembro de 2022 (**ANEXO I**).

3. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DO PERCURSO FORMATIVO

A unidade curricular Estágio Final e Relatório, inserida no 3º semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, a decorrer no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, compreende a realização de três estágios em diferentes contextos de atuação do EEESIP. Cada contexto teve uma carga horária de 120h de contacto distribuídas por cinco semanas, a uma média de 24 horas por semana. Os estágios decorreram todos na mesma instituição e os contextos foram selecionados estrategicamente, por estarem inseridos num hospital de referência de cirurgia pediátrica, sendo o contexto da criança com ostomia e família. Os campos de estágio selecionados foram: Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) e Serviço de Cirurgia Pediátrica e Queimados.

Em cada contexto foi atribuído um enfermeiro orientador com grau de Mestre e EEESIP, tendo sido cada um deles, parceiro fundamental no desenvolvimento e concretização deste percurso.

Também em cada contexto foi desenvolvido um Projeto de Estágio, com o intuito de delinear o formato de concretização dos objetivos específicos e atividades a desenvolver na 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 a resolução de problemas identificados, tornando-se numa linha orientadora para a aquisição de capacidades e competências pela elaboração de projetos num contexto prático e real. Esta metodologia promove uma prática fundamentada e baseada em evidência através da pesquisa, análise e solução de problemas reais do contexto, sendo esta constituída por cinco etapas: diagnóstico de situação; definição de objetivos; planeamento; execução e avaliação e divulgação dos resultados (Ferrito et al., 2010).

Ao longo de todos os contextos de estágio o objetivo principal foi transversal:

Desenvolver competências enquanto EEESIP na prestação de cuidados especializados à criança e família, com enfoque no capacitar os pais de crianças com ostomia para a autonomia do papel parental.

O diagnóstico de situação foi realizado da mesma forma em todos os contextos, optando-se pela realização de uma análise SWOT (*strengths, weaknesses, opportunities e threats*) em cada um, permitindo ter uma visão global do contexto e perceber as suas reais necessidades de melhoria (Jessee, 2022), levando ao desenvolvimento de objetivos específicos para cada um dos contextos.

Tendo em conta o diagnóstico de situação de cada contexto, procurei adaptar e enquadrar a linha orientadora da temática que foi desenvolvida, permitindo assim abordar em cada um, a criança com um tipo diferente de ostomia e família.

Irei abordar cada contexto de forma cronológica, correspondendo à abordagem à criança com ostomia específica e família, as atividades desenvolvidas em cada um e as competências comuns e específicas do EEESIP adquiridas e aprofundadas.

3.1. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais – Criança com ostomia intestinal e família

No cuidado específico à criança com ostomia intestinal e família, é essencial seguir linhas orientadoras baseadas no conhecimento científico mais atual. Neste sentido, existem a nível nacional o “Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: Assistir a criança com estoma”, emanado pela Ordem dos Enfermeiros (2011b) e a Norma da DGS “Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Eliminação Intestinal em Idade Pediátrica e no Adulto” (DGS, 2017c). A nível internacional existem algumas *guidelines* emanadas pela *Global Paediatric Stoma Nurses Advisory Board* e pela *Wound, Ostomy and Continence Nurses Society®* (WOCN®). As recomendações tanto a nível nacional como internacional são no sentido de um acompanhamento especializado desde o diagnóstico, ou seja, no pré-operatório, onde se faz um ensino acerca do que irá acontecer, de preferência com a realização da marcação do estoma, promovendo a aceitação do estado de saúde do recém-nascido (RN), bem como a consciencialização da alteração da sua imagem corporal, sendo de

extrema importância para a adaptação dos pais/família à nova condição de saúde do seu novo elemento. Preconizam ainda um acompanhamento mais especializado no pós-operatório, com cuidados específicos na prevenção de complicações a nível do estoma e pele peri-estoma e uma atuação rápida, eficaz e segura na sua resolução, bem como um acompanhamento estruturado no pós-alta, com monitorização da evolução da adaptação do RN e família ao contexto do domicílio. Este acompanhamento deveria ser realizado idealmente numa Consulta de Enfermagem de Estomaterapia, com profissionais com competências e habilidades específicas na área (Batalla et al., 2019; DGS, 2017c; Forest-Lalande et al., 2018; Ordem dos Enfermeiros, 2011b; WOCN®, 2011).

Na prestação de cuidados ao RN com ostomias intestinais é necessário ter em consideração algumas características específicas, nomeadamente, o perfil corporal, as características da pele, idade/desenvolvimento, conforto (dor/temperatura/regulação do sono), estado nutricional e plano de cuidados parental/ capacitação parental (Batalla et al., 2019; Forest-Lalande et al., 2018).

É fundamental conhecer e dominar os cuidados básicos ao RN com ostomia intestinal, bem como o domínio dos dispositivos de ostomia disponíveis no mercado para a otimização do estoma e pele peri-estoma (Stetzer, 2021).

Existem fatores de risco no RN que influenciam o aparecimento de complicações do estoma e pele peri-estoma, nomeadamente, a pele imatura do RN, a musculatura abdominal subdesenvolvida, a realização de cirurgias emergentes em condições pouco favoráveis e a não marcação dos estomas. Por este motivo, torna-se essencial reconhecer e saber como controlar as complicações do estoma e pele peri-estoma (Forest-Lalande et al., 2018).

No contínuo destes cuidados estão os pais/cuidadores que devem ser incluídos desde o pré-operatório, facilitando a sua inclusão gradual nos cuidados ao RN no pós-operatório, com vista a uma capacitação e empoderamento nos cuidados ao seu filho.

A capacitação parental durante a hospitalização *“implica a criação de um ambiente seguro, o reconhecimento dos pais como principais cuidadores, o estabelecimento da relação terapêutica, o envolvimento negociado dos pais nos cuidados, a avaliação da autonomia da criança e dos pais, a comunicação e informação, o ensino, o incentivo, o apoio, o reforço do poder de decisão, o conforto e a segurança”* (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

Dehsorkhi et al. (2020) sugerem a realização de sessões de empoderamento em linguagem simples e compreensível, de forma presencial e prática, para as mães de RN com ostomias intestinais, entrega de guia de cuidados aos pais e estabelecimento de um veículo de comunicação não presencial com a equipa de enfermagem em situações de emergência. A implementação deste programa, em contexto de UCIN e internamento de cirurgia pediátrico, demonstrou ter efeitos positivos na diminuição de complicações da pele peri-estoma do RN e diminuição do *stress* materno, pelo que é recomendada a sua implementação.

Batalla et al. (2019), referem que uma capacitação eficaz dos cuidadores evidencia diminuição das complicações e vindas ao hospital, bem como reinternamentos; independência e autonomia familiar; normalização da vida da criança e da sua família; maior aceitação da ostomia por parte dos pais, sensação de controlo e diminuição da ansiedade.

3.1.1 Caracterização do Contexto

Nesta UCIN são internados RN de alto risco, com necessidades cirúrgicas, ou outras da área da Grande Lisboa, sul do país, ilhas e crianças evacuadas dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP).

Após consulta dos dados estatísticos gentilmente cedidos pela equipa médica da UCIN, pode concluir que estiveram internados na UCIN com patologias do trato gastrointestinal nos últimos três anos (2019 a 2021), 30 RN por ano. Destes, alguns foram intervencionados e necessitaram de ostomias intestinais (Quadro 1).

Quadro 1 - Média de RN com patologia do trato gastrointestinal submetidos a ostomias intestinais entre 2019 e 2021 na UCIN

| Ano | 2019 | 2020 | 2021 |
|-----------------------------|------|------|------|
| RN com ostomias intestinais | 57% | 59% | 62% |

Ao analisar pormenorizadamente o último ano, pode concluir que, apesar de o número de RN com patologias do trato gastrointestinal ter diminuído (26 RN), mais de metade, resultou na construção ostomias intestinais, cerca de 62% (16 RN).

Ao explorar o tipo de ostomias intestinais realizadas em cada ano obtive os resultados referidos no quadro 2.

Quadro 2 - Ostomias intestinais realizadas nos últimos 3 anos na UCIN

| | 2019 | 2020 | 2021 |
|--------------------|------|------|------|
| Colostomia | 2 | 6 | 2 |
| Ileostomia | 6 | 13 | 6 |
| Jejunostomia | 2 | - | 2 |
| Ostomias múltiplas | 6 | 3 | 6 |

Estes dados revelam que a maioria dos RN são submetidos a cirurgias das quais resultam ileostomias ou ostomias múltiplas, o que indica a necessidade de gestão de cuidados diferenciada a estes RN, pelo risco acrescido de complicações no pós-operatório.

De facto, segundo os dados consultados, a maioria dos RN é submetida a reconstrução do trato intestinal cerca de um a dois meses após a cirurgia da qual resultaram a construção de ostomias intestinais, com exceção dos RN com malformações anorretais, que podem permanecer com ostomias intestinais cerca de um ano. Nestas situações, os RN irão para o domicílio até à cirurgia de reconstrução do trato intestinal, o que implica a capacitação e empoderamento dos pais/cuidadores nos cuidados específicos a estes RN.

Neste contexto, o método de trabalho é por enfermeiro responsável, ou seja, cada enfermeiro é responsável de forma individualizada pelos cuidados ao RN/família desde a admissão até à alta, fazendo uma atualização diária e contínua do plano de cuidados (Ventura-Silva et al., 2021).

Os registos são efetuados pelo enfermeiro responsável, junto do RN em formato papel e, posteriormente, em formato digital através da plataforma BSimple-Patient Care. Os planos de cuidados são elaborados usando linguagem CIPE® e atualizados e monitorizados regularmente.

3.1.2 Diagnóstico de Situação

Para estabelecer o diagnóstico de situação, durante a primeira semana de estágio foi realizada a observação participativa dos cuidados ao RN e família, reuniões informais com a enfermeira orientadora de estágio e restante equipa, e consulta de documentação relativa aos projetos de melhoria dos cuidados de enfermagem em vigor na Unidade. Foram ainda consultadas as normas e procedimentos relativos ao Projeto “Cuidados ao RN/família com Ostomias na UCIN”, do qual a enfermeira orientadora é responsável. Desta forma, foi possível observar a realidade de cuidados prestados neste contexto e o trabalho previamente desenvolvido ao RN e família com ostomias, o que levou à identificação das necessidades da equipa e oportunidades de aprendizagem.

Consta que a documentação existente se encontrava desatualizada e pouco estruturada. A equipa de enfermagem devido à situação pandémica por Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2), foi sujeita a várias contingências, nomeadamente à suspensão de formação em serviço, com a agravante de uma posterior alta rotatividade de enfermeiros, o que tornou a equipa muito jovem. Todos estes fatores contribuíram para a existência de lacunas de formação na área, o que foi verificado pelo levantamento de necessidades à equipa de enfermagem que se realiza anualmente (segundo dados da enfermeira responsável pela formação, cerca de 10% da equipa referiu sentir necessidade de formação na área).

Reunindo toda a informação, procedeu-se a uma análise SWOT (**Apêndice II**). Após realizar a análise SWOT em relação às necessidades de melhoria dos cuidados de enfermagem ao RN com ostomia e família, encontrei pontos de convergência entre forças, fraquezas e oportunidades: Atualização de documentação; Atualização de conhecimentos e habilidades; Otimização de dispositivos disponíveis e materiais de ensino/instrução para os pais.

No contexto de UCIN, e tendo por base o diagnóstico de situação e a temática que foi desenvolvida, delineei dois objetivos específicos.

3.1.3. Objetivo I: Prestar cuidados específicos de enfermagem ao RN prematuro ou em risco e família, promovendo o papel parental.

Atividades desenvolvidas e competências adquiridas:

Prestação de cuidados de elevada complexidade ao RN e família com ostomia na UCIN (Apêndice III)

No contexto de UCIN, tive a oportunidade de prestar cuidados a um RN grande prematuro e mãe, com grande complexidade e variedade de diagnósticos, que me levou a intervir no binómio (RN/mãe) durante o período pré-operatório do RN com ostomia intestinal. A descrição da situação bem como das competências desenvolvidas encontra-se no **Apêndice III**.

Elaboração de Guia para os pais/cuidadores de RN com ostomias intestinais (Apêndice IV)

Inicialmente, planeei realizar um *flyer* para os pais com imagens exemplificativas dos cuidados. Mas, após a pesquisa bibliográfica, verifiquei que o instrumento mais adequado neste caso seria um Guia para os pais, com instruções e imagens exemplificativas passo-a-passo.

A elaboração deste guia, “Guia Prático dos Cuidados ao(s) Estoma(s) do seu Bebê”, teve por base as recomendações da literatura (Large et al., 2020; Stetzer, 2021; WOCN®, 2011), sendo um instrumento de suporte para os pais após a alta. Vários estudos (Rodrigues et al., 2020; Stetzer, 2021; Bandeira et al., 2021; Gao, et al., 2021) recomendam a entrega de informação escrita acerca dos cuidados ao RN com ostomia, de forma que os pais/cuidadores consigam obter rapidamente informação válida e científica sobre os cuidados ao seu bebé.

Importa referir que no final deste guia são referidos os canais de comunicação com a unidade hospitalar, para esclarecimento de dúvidas (contato telefónico). Existe ainda neste guia informação sobre uma aplicação para telemóvel APPOStomia®, a qual oferece informação válida e científica, tendo o conteúdo informativo sido elaborado pela Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomaterapia (APECE).

Para a realização deste guia, foi essencial a elaboração de um manequim *low cost* (**Apêndice V**), recorrendo a um boneco com tamanho similar a um RN ao qual

foram fixados estomas em silicone e posteriormente foram simulados os cuidados ao RN enquanto os mesmos eram fotografados através de telemóvel.

Com o objetivo de envolver os vários elementos da equipa de enfermagem na elaboração deste guia, o mesmo foi enviado para o email de cada um com um link de um formulário para avaliação e exposição de sugestões. Este formulário de avaliação foi elaborado tendo por base o “CDC Clear Communication Index Score Sheet”, sendo um instrumento elaborado pelo *Centers for Disease Control and Prevention* para ajudar a desenvolver e avaliar materiais públicos de comunicação em saúde, de forma a reduzir o jargão e melhorar a compreensão do público-alvo (CDC, 2014; CDC, 2019). O formulário elaborado pretende avaliar se as mensagens principais estão presentes no guia, se a linguagem está clara, se a informação está adequada e se as recomendações estão completas e corretas **(Apêndice VI)**.

Apesar de não se ter obtido respostas significativas através do link, pois apenas 16% dos elementos da equipa responderam, o resultado segundo o “CDC Clear Communication Index Score Sheet”(CDC, 2014) foi de 95%, o que revela uma pontuação excelente, indicando que foram abordados a maioria dos itens que tornam os materiais mais fáceis de entender e usar **(Apêndice VII Erro! A origem da referência não foi encontrada.)**. Devido à baixa adesão ao preenchimento através do link, optei por abordar os vários elementos da equipa de forma informal e pessoalmente. Desta forma, obtive sugestões de melhoria muito pertinentes, como por exemplo: incluir mais imagens exemplificativas; procurar uma linguagem mais simples; estruturar a informação tipo listagem, etc. Decidi aproveitar o momento da passagem de turno para discutir com a equipa de enfermagem a reestruturação deste guia, tendo em conta o contexto e a prestação de cuidados que é realizada. Após várias reformulações, ficou disponível em formato digital um instrumento de ensino/instrução e apoio aos pais, com a contribuição da equipa de enfermagem, numa linguagem simples, clara, com imagens exemplificativas, dos cuidados passo-a-passo e com canais comunicacionais não presenciais para esclarecimento de dúvidas. Para que o Guia possa ficar disponível para entrega aos pais, será necessário o envio para a Comissão de Ética do Centro Hospitalar para a sua aprovação a nível institucional, algo que ficou a cargo do grupo de trabalho “Cuidados ao RN/família com ostomias na UCIN”.

A realização do “Guia Prático dos Cuidados ao(s) Estoma(s) do seu Bebê”, permitiu desenvolver e aprofundar competências comuns do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019b), garantindo práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (A2), sendo um direito dos pais obterem acesso a informação válida acerca dos cuidados ao seu RN (A2.1). No que diz respeito às competências específicas do EEESIP (Ordem dos Enfermeiros, 2018), este guia *assiste a criança com a família, na maximização da sua saúde*, sendo um recurso comunicacional (E1.1.2) que usa estratégias motivadoras para os pais assumirem os seus papéis (E1.1.3). Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas aos pais facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos de doença (E1.1.4), capacitando os pais, no sentido de uma transição segura para o domicílio, com manutenção dos cuidados de qualidade ao RN com ostomias intestinais.

Realização de vídeo exemplificativo para os pais (Apêndice VIII)

Foi verbalizado pela equipa de enfermagem, nomeadamente pelos elementos de gestão, que seria pertinente realizar um vídeo para os pais, adaptando a informação necessária aos cuidados prestados pelos mesmos, tendo por base o vídeo apresentado à equipa de enfermagem, que irá ser apresentado mais à frente.

Está descrito que o recurso a vídeos, no ensino e instrução dos pais/ cuidadores de crianças com ostomia, é uma estratégia educativa importantes para garantir a preparação e autonomia dos pais para o cuidado e, conseqüentemente, para o bem-estar das crianças. Pode ajudar a capacitar as famílias e a esclarecer o modo adequado de triar as eventuais complicações relacionadas com a ostomia, levando a uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados com diminuição da sobrecarga dos cuidadores (Bandeira et al., 2021; Barry et al., 2018; Hartnick et al., 2017).

Neste sentido, realizei um vídeo onde são exemplificados passo-a-passo os cuidados ao estoma e pele peri-estoma do RN com ostomias intestinais, bem como o uso e aplicação dos dispositivos, nomeadamente dos acessórios, sendo aqueles que eventualmente poderão suscitar mais dúvidas.

Desta forma, a equipa fica com mais um recurso disponível em formato digital para poder enviar aos pais/ cuidadores, tanto durante o internamento do RN como no pós-alta para esclarecimento de dúvidas.

No que diz respeito às competências específicas do EEESIP (Ordem dos Enfermeiros, 2018), a elaboração deste vídeo permitiu aprofundar a competência *assiste a criança com a família, na maximização da sua saúde*, sendo um recurso educativo, que usa estratégias motivadoras para os pais assumirem os seus papéis (E1.1.3), facilitando a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança e família (E1.2.8) através do uso das tecnologias de informação.

Reflexão na ação acerca de uma situação da prática de cuidados (Apêndice IX)

Durante a minha experiência de prestação de cuidados ao RN prematuro e/ou em risco e família, houve uma situação de especial complexidade sobre a qual realizei uma reflexão na ação sobre os cuidados especializados ao RN/família em situação crítica. Esta reflexão revela como a visão, a abordagem e a atuação na prestação de cuidados do EEESIP, faz toda a diferença numa situação de alta complexidade, tendo sido aprofundada a competência “*cuida da criança e família nas situações de especial complexidade*” (Ordem dos Enfermeiros, 2018), estando esta descrita no **Apêndice IX**

3.1.4. Objetivo II: Contribuir para a uniformização das práticas para a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem ao RN com ostomia intestinal e família.

Atividades desenvolvidas e competências adquiridas

Elaboração de uma *checklist* das intervenções de enfermagem para a capacitação parental dos pais/cuidadores do RN com ostomia intestinal (Apêndice X)

Tal como tinha sido projetado no início do estágio, elaborei uma *checklist* das intervenções de enfermagem para a capacitação parental dos pais/cuidadores do RN com ostomias intestinais.

Esta *checklist* foi elaborada seguindo as orientações da DGS (Norma nº 015/2016 de 28/10/2016 atualizada a 03/03/2017), *Guidelines* internacionais (Batalla et al., 2019; Stetzer, 2021) e usando linguagem CIPE® (ICN, 2018; Ordem dos Enfermeiros, 2016). O meu intuito foi desenvolver um instrumento orientador para a equipa de enfermagem, na capacitação de pais/ cuidadores de RN com ostomias intestinais, cujo preenchimento facilitasse a organização e a continuidade

dos cuidados ao RN e família. Está demonstrado que o recurso a *checklist* de ensino evidencia melhores cuidados, maior conhecimento acerca dos cuidados, e diminuição da ansiedade dos cuidadores, sendo bem aceite pelos profissionais de saúde (Schweitzer et al., 2014).

A apresentação à equipa foi realizada durante as sessões de formação (que mais adiante irei referir) e foi muito bem aceite por toda a equipa, especialmente pelos elementos mais novos que verbalizaram ser uma linha orientadora muito prática e simples na prestação de cuidados. Outros elementos sugeriram que seria muito pertinente a inclusão desta *checklist* no programa informático, usado para a realização dos registos de enfermagem, ficando assim também um registo estruturado no processo informático do RN sobre a evolução dos cuidados prestados para a capacitação parental. Usando esta metodologia de registo de intervenções de enfermagem, a equipa poderá no futuro trabalhar indicadores de enfermagem, levando a uma reflexão acerca dos mesmos, com vista à melhoria dos cuidados. Poderá no futuro a enfermeira em funções de gestão solicitar a inclusão da *checklist* no programa informático, melhorando a continuidade dos cuidados de enfermagem.

A elaboração desta *checklist*, permitiu-me desenvolver competências comuns do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019b), nomeadamente ter um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais (B1). Assim, consegui mobilizar conhecimentos e habilidades, por forma a garantir a melhoria contínua da qualidade dos cuidados (B1.1.), proporcionando à equipa de enfermagem um recurso que permite gerir os cuidados, otimizando a sua resposta e a sua articulação (C1), incrementando o processo de cuidados a nível da tomada de decisão (C1.1.).

Elaboração de um dossier “Dispositivos de Ostomia de Eliminação Pediátricos Comparticipados” (Apêndice XI)

Tendo por base de diagnóstico a necessidade de otimização de dispositivos disponíveis, organizei o dossier “Dispositivos de Ostomia de Eliminação Pediátricos Comparticipados”, para a divulgação e disponibilização dos vários dispositivos existentes no mercado com comparticipação, recorrendo à informação disponível no site do INFARMED (2019) e à informação disponibilizada pelos representantes dos vários dispositivos.

Este documento é um instrumento de consulta rápida dos dispositivos existentes no mercado com participação e encontra-se estruturado por grupo de dispositivo médico, com a respetiva descrição e referência que a equipa médica terá que usar para realizar a prescrição eletrónica. Pretende-se ainda com este instrumento, dar a conhecer a variedade dos dispositivos disponíveis à equipa de enfermagem para que esta, seja capaz de, em parceria com os pais escolher o dispositivo mais adequado. No final deste dossier, que ficou disponível em formato digital, encontra-se uma listagem de todo o material que deve conter o *kit* de alta, devendo este ser fornecido aos pais quando está prevista alta.

A elaboração deste dossier permitiu-me desenvolver competências comuns do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019b), mais concretamente na gestão de recursos às situações e ao contexto (C2), adequando os mesmos às necessidades de cuidados (C2.1.)

Elaboração do *Kit* de alta (Apêndice XII)

Através do contacto com os representantes dos dispositivos, consegui obter cinco *kit*'s de alta que ficam disponíveis para entregar aos pais/cuidadores, por forma a minimizar a sua ansiedade na transição para o domicílio.

Os estudos demonstram que a utilização de *kit*'s de alta facilitam a transição das crianças com ostomia e sua família para casa. É considerada uma intervenção simples que pode melhorar drasticamente a qualidade dos cuidados, podendo diminuir eventos adversos (Kohn et al., 2019), aumentando a confiança dos pais nos cuidados (Oberwaldner & Eber, 2006).

Este documento exemplificativo dos *kit*'s foi apresentado à equipa nas sessões de formação (que apresento a seguir) e amplamente aceite e considerado muito pertinente. Foi unânime a decisão de iniciar o uso deste *kit* ainda durante o internamento do RN, permitindo assim aos pais/cuidadores manusear os dispositivos, nomeadamente a tesoura de pontas curvas que é oferecida no *kit*, potenciando as suas habilidades e promovendo cuidados seguros.

A elaboração deste recurso permitiu-me aprofundar competências comuns do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019b), especialmente na definição de recursos adequados para a gestão de cuidados seguros (B3.2.1.), bem como na otimização de recursos às situações e ao contexto (C2).

Realização de sessão de formação aos enfermeiros da UCIN (Apêndice XIII)

Tendo em conta o diagnóstico de situação inicial de necessidade de atualização de conhecimentos e habilidades nos cuidados aos RN com ostomia de eliminação e família, realizei duas sessões de formação aos enfermeiros da UCIN. Estas decorreram por videoconferência, previamente divulgadas no serviço através de documento institucional (**ANEXO II**), tentando desta forma abranger o maior número de elementos da equipa de enfermagem. As sessões de formação tiveram como objetivos específicos: rever os princípios dos cuidados ao RN com ostomia intestinal e família; rever e aprofundar os cuidados básicos ao estoma e pele peri-estoma do RN e divulgar os recursos elaborados para promover a capacitação parental, tal como foi descrito à equipa através dos planos das sessões em documento institucional, devidamente preenchido (**ANEXO III**).

Inicialmente esta sessão de formação foi planeada para decorrer de forma presencial, como um pequeno workshop para que a equipa pudesse manipular os dispositivos existentes no mercado, mas pouco conhecidos. Como não houve adesão à participação de forma presencial, optei pela videoconferência, o que exigiu a elaboração de uma apresentação com imagens exemplificativas e a elaboração um vídeo exemplificativo acerca da marcação de estomas e realização de molde.

Apesar da realização de duas sessões de formação por videoconferência, nem todos os elementos conseguiram estar presentes, pelo que foi proposto repetir de forma informal durante um período calmo do turno. Neste sentido, realizei mais duas sessões de formação de forma informal e presencial, o que permitiu que os enfermeiros expusessem as suas dúvidas acerca da aplicação de determinados acessórios e em relação à marcação de estomas. Alguns elementos mais novos verbalizaram nunca terem assistido à marcação de estomas, enquanto, os elementos que já se encontram na unidade há vários anos comentaram que esta era uma intervenção frequente, mas que atualmente não era realizada. Ficou claro que esta intervenção tem que ser revista com a equipa multidisciplinar, uma vez que é essencial para o conforto do RN. Esta técnica leva a aplicação de dispositivos em zonas mais niveladas, o que permite um maior controlo da integridade da pele peri-estoma e maior facilidade na capacitação dos pais nos cuidados.

Todas as sessões de formação levaram à reflexão acerca dos cuidados prestados ao RN com ostomias intestinais e família, por parte dos vários elementos

da equipa. Foi discutido o uso de dispositivos, nomeadamente na técnica de *crusting*. Esta técnica consiste na aplicação de pó cicatrizante nas lesões peri-estoma e depois de removido o excesso, fixar o pó com protetor cutâneo em spray, formando uma película protetora que pode permanecer até 72h. Foi levantada a questão da diminuição da adesividade, pelo que foi demonstrado que existem estudos realizados em RN que comprovam a sua eficácia (Monteiro et al., 2020), mas que, de acordo com a minha prática diária, esta técnica deve ser aplicada corretamente, sendo esse o “segredo” para o sucesso.

Foram debatidas incongruências entre o tempo de contacto dos dispositivos emanados pelas *guidelines* internacionais e a prática. Embora o tempo de contacto na prática exceda o tempo limite preconizado, os resultados em termos de lesões na pele peri-estoma nos RN prematuros são muito positivos, o que levantou a possibilidade de se realizar uma monitorização mais pormenorizada em relação a este aspeto, podendo eventualmente levar à alteração desta recomendação.

As avaliações das sessões de formação foram realizadas por meio de formulário gentilmente cedido pela instituição (**ANEXO IV**) e recolhidas à posteriori. A adesão dos elementos da equipa de enfermagem foi de 40%, e os resultados foram muito positivos. Em relação à apreciação global da formação apresentada, 15% concordou e 85% concordou totalmente. No que diz respeito à metodologia, 2% considerou bom, enquanto 98% considerou muito bom (**Apêndice XIV**).

A realização da sessão de formação à equipa de enfermagem permitiu-me aprofundar competências comuns do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019b). Tentei transpor para a prática a evidencia científica (D2), responsabilizando-me por ser facilitadora na aprendizagem da equipa (D2.1), atuando como formadora oportuna no contexto (D2.1.1). Tive necessidade de gerir os dispositivos formativos, tal como a elaboração de manequim e vídeos exemplificativos (D2.1.3), facilitando a incorporação de novos conhecimentos tal como a técnica de *crusting* e o uso de tiras de fixação no isolamento de feridas peri-estoma (D2.2.1.). Através do uso das tecnologias de informação (D2.3.4.) consegui assegurar a formulação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica (D2.3.5.)

Elaboração de vídeo exemplificativo para a equipa de enfermagem (Apêndice XV)

Como não houve oportunidade de realizar a formação de forma presencial, que permitisse a exemplificação dos cuidados ao RN com ostomia intestinal em manequins, elaborei um vídeo, com recurso a telemóvel e plataformas digitais (InShot®) para o efeito. Foi filmada a realização dos cuidados ao RN com ostomias intestinais em manequim *low-cost* elaborado por mim (Apêndice V), e recorrendo aos dispositivos existentes no mercado compartilhados. Optei por exemplificar os procedimentos de marcação de estomas e realização de molde, devido à verbalização de maior dificuldade dos elementos mais novos da equipa de enfermagem.

Ficou também disponível para a equipa este recurso informativo e formativo em formato digital, para revisão de conhecimentos e divulgação de informação na integração de novos elementos.

A realização de vídeo exemplificativo à equipa de enfermagem permitiu-me aprofundar competências comuns do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019b), favorecendo a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades de competências dos enfermeiros (D2.1.4.), dinamizando a incorporação de conhecimentos no contexto, tal como a técnica de marcação de estomas e técnica de realização de molde (D2.2.6).

Material de bolso (ANEXO V)

No final de cada sessão ficou disponível para cada elemento da equipa material de bolso: tesoura de pontas curvas, caneta dermográfica, medidor, espelho, panfleto acerca da aplicação APPOstomia®, com a gentil colaboração dos vários representantes dos dispositivos, proporcionado assim a cada elemento da equipa recursos para uma prestação de cuidados com maior qualidade e segurança. Os elementos da equipa de enfermagem verbalizaram grande satisfação, nomeadamente na obtenção da tesoura de pontas curvas, visto que os moldes e os recortes dos dispositivos, não havendo outro recurso, eram realizados recorrendo a lâminas de bisturi, o que não consideravam de todo adequado.

A aquisição e distribuição de material de bolso à equipa de enfermagem permitiu-me aprofundar competências comuns do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019b), mobilizando recursos materiais e informativos, como orientadores dos cuidados, garantindo um ambiente terapêutico e seguro (B3).

Procurei desta forma, promover a gestão de recursos às situações e ao contexto (C2), otimizando o trabalho da equipa, adequando os recursos às necessidades de cuidados (C2.1).

No desenvolvimento dos vários recursos informativos, formativos e orientadores de cuidados com vista à melhoria da qualidade dos cuidados ao RN com ostomias intestinais e família, foram desenvolvidas e aprofundadas competências comuns do enfermeiro especialista. A elaboração destes recursos vai ao encontro dos direitos emanados e consagrados na Carta da Criança Hospitalizada (A1, A1.1.7) que referem o direito a um ambiente que corresponda às necessidades da criança, quer no aspeto do equipamento, quer no do pessoal e da segurança (podemos incluir a realização do dossier, elaboração do *Kit* de alta), bem como o dever da formação adequada da equipa face às necessidades da criança e família (sessões de formação, vídeos exemplificativos) e por último assegurar a continuidade dos cuidados (através da *checklist*). Desta forma, garantimos a prática de cuidados com respeito pelos direitos humanos e responsabilidades profissionais (A2), pelo que foram mobilizados conhecimentos e habilidades, por forma a garantir a melhoria contínua da qualidade dos cuidados (B1.1).

O percurso desenvolvido no contexto de UCIN, foi apresentado em formato de comunicação oral no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, com o título “Recém-nascido com Ostomias Intestinais e Família: Como Intervir para Humanizar?”, cujo o comprovativo se encontra no **ANEXO VI**.

3.2. Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos – Criança com ostomia respiratória e família

Na prestação de cuidados tão específica a esta população, é essencial seguir as orientações mais atuais baseadas no conhecimento científico. Neste sentido, existe a nível nacional “Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: Assistir a criança com estoma”, emanado pela Ordem dos Enfermeiros (2011b) e a Norma da DGS “Indicações Clínicas e Intervenção nas

Ostomias Respiratórias em Idade Pediátrica e no Adulto” (DGS, 2017a). A nível internacional existem algumas *guidelines*, emitidas pela *American Association for Respiratory Care (AARC)* (2021), pela *Paediatric Critical Care* (2016) e pelo *Cincinnati Children’s Hospital* (2018), sendo estas últimas as que a instituição hospitalar recomenda.

As orientações, são no sentido de um acompanhamento especializado desde o pré-operatório. Neste período, deverá ser explicado antecipadamente todo o processo, levando à aceitação do estado de saúde e consciencialização da alteração da imagem corporal da criança, pois este período irá interferir na adaptação da criança e família à nova condição de saúde. É recomendado ainda um acompanhamento especializado e estruturado no pós-operatório, com cuidados específicos na prevenção de complicações a nível dos cuidados à traqueotomia, estoma e pele peri-estoma, bem como a rápida resolução de complicações, tais como, desobstrução da cânula, aspiração de secreções, descanulação acidental, suporte básico de vida, entre outras. Uma atuação rápida, eficaz e segura na resolução de complicações, interfere na morbilidade e mortalidade da criança com ostomia respiratória (Volsko et al., 2021). Desta forma, todas as recomendações visam a capacitação dos pais/cuidadores (de preferência dois ou mais cuidadores), de forma estruturada com recurso a *checklist* de verificação e, se possível, recorrendo a programas de simulação.

As recomendações supracitadas fazem ainda referência à importância de um acompanhamento no pós-alta, com monitorização da evolução da adaptação da criança e família ao contexto do domicílio, devendo este ser realizado por enfermeiro com competência na área, validando os ensinamentos, instruções e treinos realizados durante o período de internamento, bem como esclarecimento de dúvidas que possam surgir durante a transição da criança e família para casa. No contínuo destes cuidados estão os pais/cuidadores que devem ser incluídos desde o pré-operatório, facilitando a sua inclusão gradual nos cuidados à criança no pós-operatório, para a capacitação e empoderamento nos cuidados ao seu filho.

3.2.1. Caracterização do contexto

Esta UCIP é altamente equipada com tecnologia avançada que permite monitorização, manutenção e/ou substituição de todas as funções sinais vitais da criança em situação crítica.

Em 2019, segundo dados gentilmente fornecidos pelo serviço, verificaram-se 318 internamentos. O total de doentes com patologia médica foi de 125 e os doentes cirúrgicos foram 190. Foram submetidas a ventilação mecânica invasiva 109 crianças e apenas 28 a ventilação não invasiva. A taxa de ocupação foi de 85,5%, a demora média de internamento 5,4 dias e a taxa de mortalidade 3,7%.

Em 2020, ocorreram 262 internamentos. O total de doentes médicos foi 119 e os doentes cirúrgicos pediátricos foram 142. Foram submetidas a ventilação mecânica invasiva 77 crianças e apenas 26 a ventilação não invasiva. A taxa de ocupação foi de 64,3% a demora média 4,55 dias e a taxa de mortalidade 3%.

A equipa de enfermagem é composta por 31 elementos, existindo ainda uma equipa de coordenação da unidade composta por enfermeiro em funções de chefia e enfermeira de coordenação, tendo apenas um enfermeiro EESIP.

O método de trabalho é o método individual ou enfermeiro responsável, que se caracteriza por um único enfermeiro, assumir a total responsabilidade pela assistência a um grupo de clientes durante um turno (Ventura-Silva et al., 2021).

Os registos são efetuados, pelo enfermeiro responsável, em formato digital através da plataforma *BSimple-Patient Care*, usando linguagem CIPE® e atualizados e monitorizados regularmente (de hora a hora).

A equipa da unidade tem acesso a equipamento educativo dedicado à formação, no centro de formação/simulação do hospital, sendo que a equipa que participa no Transporte Inter-hospitalar Pediátrico (TIP) faz formação transversal a médicos e enfermeiros dentro e fora do hospital.

3.2.2. Diagnóstico de situação

Considerando o estabelecimento do diagnóstico de situação, durante a primeira semana de estágio foi realizada a observação participativa dos cuidados à criança de alto risco e família, reuniões informais com o enfermeiro orientador de estágio e

restante equipa e consulta de documentação relativa aos projetos de melhoria dos cuidados de enfermagem em vigor na unidade. Consultei as normas e procedimentos relativos ao Grupo de Trabalho Institucional “Cuidados à criança com Traqueotomia” e tive a oportunidade de fazer algumas reuniões informais com os elementos da equipa de enfermagem da UCIP que integram o grupo de trabalho institucional.

Foi possível observar a realidade de cuidados prestados neste contexto e o trabalho previamente desenvolvido à criança com ostomia respiratória e família, o que levou à identificação das necessidades da equipa e oportunidades de aprendizagem.

Desta forma, constatei que a documentação existente se encontrava desatualizada.

Devido à situação pandémica por SARS-CoV-2, a equipa de enfermagem foi sujeita a várias contingências, nomeadamente à suspensão de formação em serviço, com a agravante de uma posterior alta rotatividade de enfermeiros, o que tornou a equipa muito jovem.

Todos estes fatores contribuíram para a existência de lacunas na área.

Reunindo toda a informação, procedi a uma análise SWOT (**Apêndice XVI**).

Após realizar a análise SWOT em relação às necessidades de melhoria dos cuidados de enfermagem à criança com traqueotomia e família, encontrei pontos de confluência entre forças, fraquezas e oportunidades sendo estes: Atualização de documentação; Atualização de conhecimentos; Materiais de ensino/instrução para os pais.

No contexto de UCIP, tendo por base o diagnóstico de situação bem como a temática que foi desenvolvida, planeei dois objetivos específicos.

3.2.3. Objetivo I: Prestar cuidados específicos de enfermagem à criança em situação crítica e família, promovendo o papel parental.

Atividades desenvolvidas e competências adquiridas

Prestação de cuidados de elevada complexidade à criança com traqueotomia e família na UCIP – Reflexão na ação (Apêndice XVII)

Durante o estágio tive a oportunidade de prestar cuidados a uma criança com traqueotomia e pais, numa situação de grande complexidade. A prestação de cuidados decorreu no dia da alta da criança, da unidade, após reunião médica. Esta abordagem foi alvo de uma reflexão na ação, acerca da atuação na prestação de cuidados do EEESIP na criança com traqueotomia e família, bem como no desenvolvimento de competências comuns e específicas, estando descritas no **Apêndice XVII**.

Prestação de cuidados de elevada complexidade à criança em situação crítica e família na UCIP (Apêndice XVIII)

No último dia do estágio na UCIP, deparei-me com uma situação que me marcou particularmente, mas concomitantemente, permitiu a aquisição de outras competências na prestação de cuidados à criança em situação crítica e família. A descrição da situação bem como as competências aprofundadas encontram-se descritas no **Apêndice XVIII**

Realização de Guia prático para os pais/cuidadores - Cuidados Básicos à Criança com Traqueotomia (Apêndice XIX)

A atividade proposta inicialmente seria realizar uma *checklist* para os pais acerca dos cuidados básicos à criança com traqueotomia, mas acabou por se transformar num guia prático passo-a-passo, com imagens exemplificativas, como meio de ensino e instrução para os pais/cuidadores.

Vários autores e instituições de saúde a nível internacional utilizam esta estratégia de capacitação dos pais/cuidadores com vista a uma transição mais segura para casa (Cincinnati Children's, 2018; Starship Child Health, 2020; Paediatric Critical Care, 2016). Deste modo, não só têm acesso a informação científica válida, com exemplificação da aplicação da mesma, como a uma lista de contactos úteis como recurso em caso de necessidade.

Através deste guia, é possível transmitir informações acerca dos cuidados básicos à criança com traqueotomia, ao mesmo tempo que se demonstram os mesmos por meio de imagens exemplificativas. Como recursos, foi necessário um manequim *low-cost* (elaborado por mim, **Apêndice XX**), usando dispositivos gentilmente cedidos pela instituição e pelos representantes de dispositivos médicos

e foram realizadas fotografias aos cuidados prestados no manequim através de telemóvel.

Com o objetivo de envolver a equipa de enfermagem da UCIP na elaboração deste guia, o mesmo foi enviado para o email de cada um dos elementos, com um link de um formulário para avaliação e sugestões de melhoria. Para abranger o máximo de elementos da equipa, foram disponibilizadas na sala de passagem de turno, cópia do guia e do formulário e foi solicitada a colaboração de todos. O formulário de avaliação, tal como no do contexto de UCIN, foi elaborado tendo por base o “*Clear Communication Index Score Sheet*”(CDC, 2014; CDC, 2019).
(Apêndice XXI)

Apesar de 23% da equipa de enfermagem terem respondido ao formulário, informalmente obtive mais sugestões de melhoria e bastante pertinentes. Como resultado de sugestões obtive o seguinte: incluir mais imagens exemplificativas, incluir mais temáticas consideradas importantes, simplificar a linguagem, adaptar os materiais às condições do domicílio, alterar o tamanho da letra, entre outras.

Na análise às respostas dos formulários obtive uma pontuação de 92%, sendo considerado excelente (**Apêndice XXII**). Segundo o “*CDC Clear Communication Index Score Sheet*”, uma pontuação superior a 90% indica que foram abordados a maioria dos itens que tornam o guia mais fácil de entender e usar.

Após as reformulações sugeridas com a contribuição da equipa de enfermagem, ficou disponível um instrumento de ensino/instrução e apoio para os pais/cuidadores, numa linguagem simples, clara, com imagens exemplificativas dos cuidados passo-a-passo e ainda com recurso a contactos telefónicos úteis para esclarecimento de dúvidas.

Este Guia ficou disponível em formato digital na UCIP para que possa ser um instrumento de ensino e instrução. Para este poder ser entregue aos pais/cuidadores, será necessária a aprovação pela Comissão de Ética da instituição, tendo ficado responsável o enfermeiro em funções de gestão.

Na realização do “Guia prático para os pais/cuidadores – Cuidados básicos à criança com traqueotomia”, foram desenvolvidas competências comuns e específicas do EEESIP (Ordem dos Enfermeiros, 2019b; Ordem dos Enfermeiros, 2018), garantindo práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (A2), cumprindo o direito dos pais na obtenção e acesso a informação válida acerca dos cuidados à criança com traqueotomia. Este

guia constitui-se como um instrumento com recursos comunicacionais (E1.1.2) que usa estratégias motivadoras para os pais assumirem os seus papéis (E1.1.3). Também proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas aos pais, facilitando desta forma o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos de doença dos seus filhos (E1.1.4), contribuindo para a capacitação parental, no sentido de uma transição segura para o domicílio, com manutenção de cuidados seguros e de qualidade à criança com traqueotomia.

3.2.4. Objetivo II: Contribuir para a uniformização das práticas para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à criança com ostomias respiratórias e família na UCIP.

Atividades desenvolvidas e competências adquiridas

Elaboração de *Checklist's* para capacitar os pais/cuidadores de crianças com traqueotomia: Intervenções de Enfermagem (Apêndice XXIII)

Esta atividade já estava planeada no projeto de estágio apresentado inicialmente.

Para a elaboração das várias *checklis's* (nove no total), foram consultadas e seguidas as orientações da DGS (Norma nº 011/2016 de 28/10/2016 atualizada a 03/03/2017), *guidelines* internacionais (Paediatric Critical Care, 2016; Starship Child Health, 2018; Starship Child Health, 2020; Trach Team, 2017; Volsko et al., 2021) e uso de linguagem CIPE® (ICN, 2018; Ordem dos Enfermeiros, 2016).

Estas *checklist's* tiveram como objetivo serem um instrumento orientador para a capacitação de pais/cuidadores de crianças com traqueotomia, pelo que o seu preenchimento irá facilitar a organização dos cuidados à criança e família, permitindo uma continuidade dos mesmos.

A apresentação destas *checklist's* à equipa de enfermagem foi realizada durante uma sessão de formação, tendo sido bem aceite por parte de toda a equipa, em especial pelo enfermeiro em funções de gestão. Este sugeriu a inclusão das *checklist's* no novo sistema informático de registos, de forma a simplificá-los e estruturá-los no processo clínico da criança, dando visibilidade à evolução dos cuidados prestados, com vista à capacitação parental, responsabilizando os elementos da equipa que são responsáveis pela implementação do programa

informático, na comunicação da existência destes recursos e a forma como poderão ser inseridos no mesmo.

Estas *checklist's* foram também apresentadas ao grupo de trabalho institucional e irão ser avaliadas para poderem integrar uma norma de registos institucional, em elaboração naquele momento. A utilização desta metodologia de registo de intervenções de enfermagem poderá, no futuro, gerar indicadores de qualidade dos cuidados, levando a uma reflexão das práticas.

Importa ainda referir que estas *checklist's* fazem parte de um Programa de Simulação para pais/cuidadores, como grelhas de avaliação da capacitação parental, que irá ser apresentado mais à frente.

No decorrer da elaboração destas *checklist's*”, desenvolvi competências comuns do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019b). Tendo em consideração as situações e o contexto (C2), e procurando otimizar o trabalho da equipa, adequando os recursos às necessidades de cuidados (C2.1), elaborei as *checklist's*, das intervenções de enfermagem. Estas irão contribuir para a implementação de métodos de organização do trabalho adequados (C2.1.2), permitindo desta forma, a gestão dos cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa e a sua articulação (C1), aperfeiçoando o processo de cuidados a nível da tomada de decisão (C1.1).

Elaboração dos *kit's* de emergência (Apêndice XXIV)

Um dos aspetos essenciais, no que diz respeito aos cuidados à criança com traqueotomia, é a existência de um *kit* de emergência na cabeceira da criança.

A evidência demonstra que a existência deste *kit* é essencial em situações de emergência, pois reúne os materiais fundamentais para o sucesso da atuação da equipa, minimizando o risco de ocorrência de complicações graves (Volsko et al., 2021; Fuller et al., 2021; Doherty et al., 2018).

Foram elaboradas caixas (dez no total), com a identificação, tanto externa como internamente, do material que deve conter. Foi ainda colocada uma tesoura de pontas curvas, para uma otimização segura dos fixadores das cânulas de traqueotomia.

Os *kit's* foram apresentados à equipa durante uma sessão de formação e aceites de forma positiva.

Desta forma, a equipa fica com recursos disponíveis para melhorar a qualidade e a segurança da prestação de cuidados à criança com traqueotomia.

Com a elaboração do *Kit* de traqueotomia, foram desenvolvidas competências comuns do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019b), permitindo na equipa a gestão de práticas de cuidados fomentando a segurança (A2.2), levando à adoção de condutas antecipatórias, garantindo a segurança da criança com traqueotomia (A2.2.3). Com estes *Kit's* cooperou-se na organização do trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano (B3.2.5), especialmente em situações de emergência.

Elaboração do algoritmo de Suporte Básico de Vida (SBV) Pediátrico – Criança com traqueotomia (Apêndice XXV)

O grupo de trabalho institucional, elaborou e distribuiu pelos vários serviços alguns documentos essenciais na prevenção de complicações, bem como o algoritmo de atuação em situação de emergência. Mais especificamente, elaborou o cartão de cabeceira que deve estar sempre bem visível na unidade da criança e que contém na parte posterior o algoritmo de emergência, que inclui o suporte básico e avançado de vida, que deve ser seguido pela equipa.

Considerando que este algoritmo é extenso e com linguagem técnica, poderá tornar-se um pouco confuso para os pais. Neste sentido, surgiu a necessidade de desenvolver um algoritmo mais simples, seguindo as recomendações internacionais e nacionais (Resuscitation Council UK, 2022; Doherty et al., 2018; INEM & DFEM, 2017; Starship Child Health, 2020; Skellett et al., 2021; Van de Voorde et al., 2021).

Assim, elaborei um algoritmo de SBV pediátrico à criança com traqueotomia, sendo um instrumento de ensino/instrução, numa linguagem simples e clara destinado aos pais/cuidadores, para a capacitação parental perante situações de emergência.

Este algoritmo foi apresentado à equipa de enfermagem da UCIP na sessão de formação e foi também apresentado ao grupo de trabalho institucional em reunião formal no dia 31 de novembro de 2022. O grupo de trabalho institucional considerou este “SBV pediátrico – Criança com traqueotomia” pertinente e mais adequado aos pais/cuidadores, solicitando-me autorização para o incluir no “Manual de Cuidados

à Criança Com Traqueotomia” da instituição, pelo que foi gentilmente cedido. **(ANEXO VII)**

Na elaboração do “SBV pediátrico – Criança com traqueotomia”, foram desenvolvidas competências comuns e específicas do EEESIP (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Ordem dos Enfermeiros, 2019b). Colaborei na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros (B3.2.1), contribuindo na elaboração de planos de emergência para os pais/cuidadores (B3.2.9), participando na gestão do risco a nível institucional (B3.2.). Consegui ainda, através das reuniões com o grupo de trabalho institucional, colaborar na realização de atividades na área da qualidade (B1.2.3.) tendo levado à incorporação do “SBV pediátrico – Criança com traqueotomia” no manual que está a ser elaborado pela instituição. A realização deste recurso permitiu-me ainda mobilizar conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta antecipatória na criança com traqueotomia (E2.1.1), demonstrando conhecimentos em suporte básico de vida pediátrico na especificidade da criança com ostomia respiratória (E2.1.2).

Revisão da norma da UCIP “Cuidados Básicos de Enfermagem à Criança com Traqueotomia” (Apêndice XXVI)

Um dos diagnósticos iniciais foi a necessidade de atualização da norma já existente na UCIP. Após pesquisa bibliográfica nos motores de busca científica e identificação das *guidelines* internacionais mais atuais (Children’s Health Tracheostomy Team, 2017; Cincinnati Children’s, 2018; Doherty et al., 2018; Fuller et al., 2021; Paediatric Critical Care, 2016; Resuscitation Council UK, 2022; Saint Luke’s, 2022; Skellett et al., 2021; Van de Voorde et al., 2021), procedi à revisão da norma. Assim sendo, atualizei os procedimentos de enfermagem no que diz respeito aos cuidados básicos à criança com traqueotomia, tendo por base os resultados da evidência científica mais atual.

A apresentação da norma revista foi realizada numa sessão de formação, o que levou a alguns esclarecimentos aos elementos da equipa que se encontravam presentes.

Com a revisão da norma da UCIP “Cuidados Básicos de Enfermagem à Criança com Traqueotomia”, desenvolvi competências comuns do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019b). Neste sentido, agilizei a elaboração de guias

orientadores de boa prática (B2.2.4), melhorando a informação para a tomada de decisão no processo de cuidar (C1.1.3.), contribuindo assim, para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada (D2.2.6) no que diz respeito ao cuidado à criança com traqueotomia e família.

Elaboração do Programa de Simulação para pais/cuidadores de Crianças com Ostomias Respiratórias (Traqueotomia) (Apêndice XXVII)

Tendo em conta a existência não só de um grupo de trabalho institucional com o objetivo de melhoria da qualidade dos cuidados prestados à criança com traqueotomia e família, como de um Centro de Simulação na instituição, e tendo por base a revisão de literatura realizada durante o 2º semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem, surgiu a ideia de realizar um “Programa de Simulação para pais/cuidadores de Crianças com Ostomias Respiratórias (Traqueotomia)”, resultando da conjugação destes três fatores essenciais para a sua elaboração e implementação.

A elaboração deste programa revelou-se um desafio, sendo uma iniciativa única no que diz respeito à capacitação de pais/cuidadores de crianças com traqueotomia. O objetivo é ser um complemento aos ensinamentos que já são realizados nas unidades junto das crianças e melhorar a qualidade dos cuidados à criança com traqueotomia, bem como permitir a transição mais rápida e segura para o domicílio, diminuindo desta forma as complicações no pós-alta e consequentes gastos em saúde.

Este Programa de Simulação foi bem estruturado, com base na evidência científica mais atual e fica disponível para ser implementado, pelo grupo de trabalho institucional, em articulação com o Centro de Simulação. Futuramente, será possível realizar estudos que avaliem o seu impacto na melhoria da qualidade de vida da criança e família.

Por este programa ser um projeto inovador, surgiu o convite da APECE para a sua divulgação no Congresso Nacional da APECE que decorreu no mês de fevereiro de 2023, como comprova o **ANEXO VIII**.

A elaboração do Programa de Simulação para pais/cuidadores de Crianças com Ostomias Respiratórias (Traqueotomia), permitiu-me desenvolver competências comuns do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019b), estabeleci um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas

institucionais (B1), conseguindo liderar um programa de melhoria contínua dos cuidados (B2.3.), incrementando a normalização e a atualização de soluções eficazes e eficientes para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à criança com traqueotomia e família (B2.3.2.). Consegui aproveitar os processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada (C2.2.5.), divulgando experiências avaliadas como sendo de sucesso (B1.1.2).

Realização da sessão de formação à equipa de enfermagem da UCIP (Apêndice XXVIII)

Face ao diagnóstico inicial de necessidade de atualização de conhecimentos e habilidades da equipa de enfermagem, no que diz respeito aos cuidados à criança com traqueotomia e família, bem como a apresentação das atividades desenvolvidas, foi realizada uma sessão de formação. Esta foi previamente divulgada no serviço através de documento institucional (**ANEXO IX**), tentando desta forma abranger o maior número de elementos da equipa de enfermagem. Esta sessão decorreu de forma presencial e por videoconferência e teve como objetivos: rever os princípios dos cuidados à criança com traqueotomia e família e divulgar os recursos elaborados para promover a capacitação parental, tal como demonstra o plano da sessão (**ANEXO X**).

Esta sessão de formação teve uma adesão de cerca de 71% da equipa de enfermagem, o que demonstrou muito interesse pelo tema e a sua pertinência. Inicialmente programou-se a realização de uma sessão de formação mais interativa, tendo sido colocados na mesa da apresentação o manequim *low-cost*, dispositivos diversos, tais como: cânulas neonatais, pediátricas e de adulto, vários fixadores de cânulas, humidificadores e pensos de proteção recomendados. No entanto, por dificuldades técnicas, nomeadamente com a videoconferência, procedeu-se a um ajuste da forma e do tempo de apresentação, contratempos que foram ultrapassados de forma positiva.

Apesar de a sessão de formação não ter sido interativa como estava planeada, a equipa, através do preenchimento do formulário institucional de avaliação (**ANEXO XI**), considerou-a muito pertinente e esclarecedora. Alguns enfermeiros verbalizaram sentir alguma ansiedade em relação a estes cuidados, por nunca terem mudado uma cânula de traqueotomia. Outros nunca tinham manipulado cânulas de adulto, com cânula interna e externa, pedindo para manusear o material

disponível. No final da sessão, a avaliação revelou que em relação à apreciação global da sessão, 5% dos participantes consideraram concordar e 95% dos participantes consideraram concorda totalmente. Em relação à metodologia, 5% dos participantes consideraram boa e 95% dos participantes consideraram muito boa (**Apêndice XXIX**). Deste modo, posso concluir que a sessão de formação foi de encontro às necessidades da equipa de enfermagem e que os pontos importantes foram abordados de forma adequada, clara, motivadora e esclarecedora.

Todo este processo desde a pesquisa bibliográfica até à avaliação da sessão permitiu-me desenvolver competências comuns do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019b). Deste modo, após a realização do diagnóstico das necessidades formativas (D2.1.2), houve necessidade de gerir os dispositivos formativos, tais como a elaboração de manequim e aquisição de dispositivos de ostomia respiratória (D2.1.3), favorecendo a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros da UCIP (D2.1.4). A elaboração de todas as atividades, teve como base a evidência científica mais atual (D2), facilitando a aprendizagem (D2.1), atuando como formadora oportuna no contexto (D2.1.1). Na sessão de formação, utilizei o método expositivo através de imagens exemplificativas, tendo fomentado um ambiente positivo e favorável à prática (C2.2.2), aplicando estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado (C2.2.3). No final procedi à avaliação da sessão de formação (D2.1.5). Consegui ainda, rentabilizar as oportunidades de aprendizagem (D2.3.3), demonstrando a prestação de cuidados especializados seguros e competentes (D2.3.2), através do uso das tecnologias de informação (D2.3.4). Com a realização da sessão de formação à equipa de enfermagem, assegurei a formulação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica (D2.3.5), mobilizando os vários elementos-chave: enfermeira responsável pela formação, enfermeiro orientador e enfermeiro em funções de gestão.

3.3. Serviço de Cirurgia Pediátrica e Queimados – Criança com ostomia urinária não continente e família

No cuidado específico à criança com ostomia urinária e família, é elementar seguir diretrizes baseadas no conhecimento científico recente. Neste sentido,

existe a nível nacional a Norma da DGS “Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Eliminação Urinária em Idade Pediátrica e no Adulto” (2017b).

A nível internacional existem algumas *guidelines*, nomeadamente Pediatric Ostomy Care Best Practice for Clinicians da Wound, Ostomy and Continence Nurses Society® (WOCN®, 2011) e Guía de Atención Integral al niño ostomizado (Batalla et al, 2019). As recomendações realçam a pertinência de um acompanhamento especializado desde o diagnóstico, onde se faz um ensino acerca do que irá acontecer, promovendo a aceitação do estado de saúde da criança, bem como a consciencialização da alteração da sua imagem corporal, sendo de extrema importância para a adaptação da criança e família à nova condição de saúde. Preconizam ainda um acompanhamento o mais especializado e estruturado no pós-operatório, com cuidados específicos na prevenção de complicações a nível dos cuidados ao estoma, pele peri-estoma, bem como a rápida resolução de complicações, tais como, alterações da urina (débito, características), obstrução de cateteres/nefrostomias, traumatismo do estoma (DGS, 2017b; WOCN®, 2011; Batalla et al., 2019).

As orientações visam a capacitação dos pais/cuidadores, de forma estruturada e contínua, com vista ao seu empoderamento. Mencionam também um acompanhamento no pós-alta, com monitorização da evolução da adaptação da criança e família ao contexto do domicílio, devendo este ser realizado por enfermeiro com competência na área, validando os ensinamentos, instruções e treinos realizados durante o período de internamento e esclarecendo dúvidas que poderão surgir durante a transição da criança e família para casa.

3.3.1. Caracterização do contexto

O serviço de Cirurgia Pediátrica e Queimados onde se desenrolou o estágio encontra-se atualmente em remodelação. Desde 2005 que inclui uma área reservada a queimados e desde 2013 inclui a urologia. As especialidades médicas que integram este serviço são: cirurgia geral, urologia, cirurgia plástica e queimados.

Segundo os dados estatísticos gentilmente cedidos pelo serviço, em 2018 foram internadas neste serviço 1570 crianças. Destas, 1120 crianças devido a cirurgia

pediátrica variada, 155 devido a queimaduras e 295 devido a cirurgias de ambulatório.

As patologias mais frequentes a nível da cirurgia Urológica são: hipospádias, hidronefrose, válvulas da uretra posterior, epispádias, extrofia da bexiga e refluxo vesico-ureteral.

3.3.2. Diagnóstico da situação

Considerando o estabelecimento do diagnóstico de situação, durante a primeira semana de estágio foi realizada a observação participativa dos cuidados à criança e família, reuniões informais com a enfermeira orientadora de estágio e restante equipa e consulta de documentação relativa aos projetos de melhoria dos cuidados de enfermagem em vigor no serviço.

Foi possível observar a realidade de cuidados prestados neste contexto e o trabalho previamente desenvolvido à criança com ostomia de eliminação urinária e família, o que levou à identificação das necessidades da equipa e oportunidades de aprendizagem.

Percebi que, no que diz respeito à criança com patologia urológica, existem dois tipos de abordagem: a criança que devido a variadas patologias foi sujeita a cirurgias que levaram à construção de estomas urinários continentes, necessitando de capacitação para auto esvaziamento vesical ou, na sua impossibilidade, a capacitação parental no esvaziamento vesical da criança (existe uma consulta de enfermagem específica para este tipo de situação na Consulta Externa deste hospital); a criança que, devido a patologias várias, foi submetida a uma cirurgia da qual resultou um estoma de eliminação urinário não continente, podendo ser urostomia, nefrostomia e ureterostomia, pelo que estas crianças não têm um cuidado específico (são aplicadas fraldas na recolha de urina), nem uma consulta de seguimento específica de enfermagem, existindo maior necessidade de investimento na melhoria da prestação de cuidados a estas crianças e família.

Constatai ainda que uma parte destas crianças são evacuadas dos PALOP, pelo que não integram o SNS, não tendo direito aos dispositivos com comparticipação, sendo este um grande desafio a ultrapassar.

Verifiquei também que a documentação existente se encontrava desatualizada e no que diz respeito à criança com ostomia urinária não continente e família era inexistente.

A equipa de enfermagem, tal como nos contextos anteriores, devido à situação pandémica por SARS-CoV-2 foi sujeita a várias contingências, nomeadamente à suspensão de formação em serviço, com a agravante de uma posterior alta rotatividade de enfermeiros, o que tornou a equipa muito jovem. A agravar a instabilidade da equipa, esta unidade de internamento encontra-se em instalações físicas provisórias, devido a obras de melhoramento e com constante mobilização de elementos para colmatar a falta de recursos humanos noutros serviços.

Todos estes fatores contribuíram para a existência de lacunas na área.

Reunindo toda a informação, procedeu-se a uma análise SWOT (**Apêndice XXX**).

Após realizar a análise SWOT em relação às necessidades de melhoria dos cuidados de enfermagem à criança com ostomia urinária não continente e família, encontrei pontos de convergência entre forças, fraquezas e oportunidades sendo estes: Elaboração de documentação; Atualização de conhecimentos e habilidades; Otimização de dispositivos disponíveis; Materiais de ensino/instrução para os pais.

Desta forma, neste contexto e tendo por base o diagnóstico de situação bem como a temática que foi desenvolvida, tracei dois objetivos específicos.

3.3.3. Objetivo I: Prestar cuidados específicos de enfermagem à criança com ostomia de eliminação e família, promovendo o papel parental.

Atividades desenvolvidas e competências adquiridas

Apresentação à equipa de enfermagem da temática do projeto de estágio
(**Apêndice XXXI**)

Este campo de estágio foi inicialmente um grande desafio. Ainda não tinha iniciado o estágio e, a pedido da equipa médica, tinha sido contactada para fornecer material para uma situação muito complexa de uma criança que estava internada naquele serviço. Foi uma ambivalência de sentimentos porque, apesar de perceber que era um elemento de referência na abordagem à criança com ostomia em situação complexa, senti que estava a sobrepor-me à equipa de enfermagem e

nunca foi esse o objetivo. Senti necessidade de apresentar o meu projeto de estágio à equipa durante a passagem de turno, para que entendessem qual foi o meu percurso de estágios até chegar àquele contexto e quais eram os meus objetivos naquele serviço. A apresentação foi divulgada através de preenchimento de documento institucional (**ANEXO XII**), tendo aproveitado para apresentar os materiais que já tinha conseguido desenvolver. No final de cada apresentação (três no total), consegui divulgar a cerca de 38% da equipa o meu projeto, mas percebi que tinha sido o suficiente para que a equipa entendesse o meu objetivo e colaborasse na melhoria dos materiais a desenvolver, dando sugestões construtivas e adaptadas à realidade do contexto. Efetivamente, esta fase inicial exigiu uma gestão de emoções e respeito por cada elemento da equipa multidisciplinar, o que levou a uma boa integração na equipa.

Esta situação, apesar de me ter provocado grande ansiedade, permitiu-me desenvolver competências comuns do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019b). O reconhecimento e antecipação da situação de eventual conflitualidade (D1.2.4), conduziu-me a uma introspeção e consciencialização da influência pessoal na relação profissional (D1.1.4). Consegui atuar eficazmente sob pressão (D1.2.3), gerindo sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente (D1.2.2) e utilizando a apresentação do projeto de estágio como uma técnica adequada de resolução de conflitos (D1.2.5), demonstrando à equipa quais os meus objetivos. Desta forma, demonstrei reconhecer os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa (C2.2.1), fomentando um ambiente positivo e favorável à prática (C2.2.2).

Prestação de cuidados à criança com ostomia de eliminação intestinal e família no serviço de Cirurgia Pediátrica e Queimados – Reflexão na ação (Apêndice XXXII)

Apesar de este contexto ter uma área cirúrgica de urologia bastante estruturada, tendo pelo menos dois tempos operatórios por semana, durante as cinco semanas de estágio não houve nenhuma criança internada com esse tipo de ostomia.

Por outro lado, tive a oportunidade de prestar cuidados a várias crianças com ostomias de eliminação intestinal. Uma delas em particular, por se encontrar na faixa etária escolar, permitiu-me aprofundar competências de EEESIP que até ao momento não tinha tido a oportunidade, tendo realizado uma reflexão na ação

acerca da intervenção de enfermagem Brinquedo Terapêutico, que se encontra descrita no **Apêndice XXXII**.

Prestação de cuidados à criança com ostomia de eliminação intestinal e família no serviço de Cirurgia Pediátrica e Queimados (Apêndice XXXIII)

O facto de ter realizado todos os estágios na mesma instituição deu-me a oportunidade de acompanhar uma criança com ostomia de eliminação intestinal e família, desde o seu internamento na UCIP, passando pelo Serviço de Cirurgia Pediátrica e Queimados até à alta. A descrição deste acompanhamento bem como das competências adquiridas estão descritas no **Apêndice XXXIII**.

Elaboração de um Guia prático para os pais/cuidadores acerca dos cuidados básicos à criança com ostomia de eliminação urinária, promovendo a autonomia do papel parental (Apêndice XXXIV)

A atividade, elaboração de um guia prático para os pais/cuidadores de crianças com ostomia urinária não continente, levou à realização de pesquisa bibliográfica nos motores de busca científica. Apesar de existir evidência científica acerca dos cuidados a estas crianças, esta é dispersa e confunde-se um pouco com os cuidados à criança com ostomia de eliminação intestinal, o que reforça a necessidade da elaboração deste Guia para os pais/cuidadores.

Procurei através deste guia, e seguindo as orientações nacionais e internacionais, transmitir informação acerca dos cuidados básicos à criança com ostomia urinária não continente, ao mesmo tempo que as mesmas são demonstradas por meio de imagens exemplificativas. Como recursos, foi necessário um manequim. Para tal, solicitei a gentil colaboração de uma criança (com a devida autorização dos pais), na qual foi aplicado um molde em silicone de um estoma e exemplificados os cuidados, ao mesmo tempo que através do um telemóvel foram realizadas fotografias.

Com o objetivo de envolver a equipa de enfermagem na elaboração deste guia, o mesmo foi enviado para o email de cada um dos elementos, com um link de um formulário para avaliação e sugestões de melhoria. Para abranger o máximo de elementos da equipa, foram disponibilizadas na sala de enfermagem cópia do guia e do formulário, sendo solicitada a colaboração dos elementos durante a passagem de turno. O formulário de avaliação foi elaborado, tal como nos contextos

anteriores, tendo por base o “CDC Clear Communication Index Score Sheet”(CDC, 2014; CDC, 2019) (**Apêndice XXXV**).

Consegui uma adesão da equipa de enfermagem no preenchimento do formulário de 29%. Como resultado de sugestões obtive: tornar a capa do guia mais apelativa, melhorar a formatação das imagens e os espaçamentos do texto e incluir outros dispositivos, nomeadamente acessórios de ostomia usados no contexto. Na análise às respostas dos formulários, alcancei uma pontuação de 92%, sendo considerado excelente, indicando que foram abordados a maioria dos itens que tornam o guia mais fácil de entender e usar (**Apêndice XXXVI**).

Após as reformulações sugeridas com a contribuição da equipa de enfermagem, ficou disponível um instrumento de ensino/instrução e apoio para os pais/cuidadores, numa linguagem simples, clara, com imagens exemplificativas dos cuidados passo-a-passo, e ainda um contacto telefónico, para esclarecimento de dúvidas. No final deste guia é referido ainda o contacto da Associação Portuguesa de Ostomizados, em especial para as crianças e famílias evacuadas dos PALOP que não têm de imediato acesso aos dispositivos de forma participada, sendo este um recurso temporário até à sua regularização.

Para que o guia possa ser um instrumento de ensino e instrução disponível para entregar aos pais/cuidadores, apenas necessitará de ser aprovado pela Comissão de Ética da instituição, ficando esse aspeto a cargo da enfermeira em funções de gestão.

A elaboração do “Guia prático para os pais/cuidadores: O meu filho tem uma Urostomia e agora?”, permitiu desenvolver e aprofundar competências comuns do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019b), garantindo práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (A2), sendo um direito dos pais obterem acesso a informação válida acerca dos cuidados ao seu filho(a) (A2.1). No que diz respeito às competências específicas do EEESIP (Ordem dos Enfermeiros, 2018), este guia *assiste a criança com a família, na maximização da sua saúde*, sendo um recurso comunicacional (E1.1.2) que usa estratégias motivadoras para os pais (E1.1.3). Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas aos pais facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos de doença

(E1.1.4), capacitando-os no sentido de uma transição segura para o domicílio, com manutenção dos cuidados de qualidade à criança com urostomia.

Elaboração de vídeo exemplificativo para crianças em idade escolar – Tenho uma urostomia e agora? (Apêndice XXXVII)

A ideia de elaboração deste vídeo surgiu pela existência desta faixa etária no contexto e pela verbalização dos próprios pais acerca de visualização de vídeos de crianças a realizarem o seu autocuidado.

Na Scoping Review realizada – “Capacitar os pais de crianças ostomizadas para a autonomia do papel parental” – o recurso a vídeos exemplificativos dos cuidados foi amplamente usado pelas equipas de enfermagem para ensino e instrução, levando à capacitação dos pais/cuidadores (Bandeira et al., 2021; Barry et al., 2018; Hartnick et al., 2017). Percebi que também poderia ser um recurso no ensino à própria criança, especialmente se este for realizado por outra criança da mesma faixa etária.

Os pais que verbalizaram esta necessidade tinham uma criança em idade escolar com uma ostomia de eliminação intestinal que, com o intuito de estimular o autocuidado do próprio filho, visualizavam em conjunto vídeos de crianças brasileiras a realizarem o seu autocuidado. Inicialmente pareceu-me uma boa ideia, mas após alguma reflexão acerca do assunto, fiquei um pouco apreensiva, por considerar que a realidade e o contexto tanto cultural, como de disponibilidade de dispositivos é um pouco diferente do nosso. Nesse sentido, surgiu a ideia de realizar um vídeo, usando como recurso um manequim que é uma criança em idade escolar, com a devida autorização dos pais, na qual foi aplicado um molde em silicone de um estoma. Foram feitos ensinamentos prévios à criança e, posteriormente, a própria foi executando os cuidados com autonomia, sendo estes filmados através de telemóvel, sendo depois editados em software próprio InShot®.

Este vídeo foi apresentado à equipa de enfermagem no início do estágio, durante a apresentação do projeto do mesmo. Após a visualização, a equipa sugeriu inserir a realização de molde, no vídeo. Consideraram que, apesar de não ser a própria criança a realizar o molde do seu estoma, seria importante tanto para a criança entender que existe essa necessidade, como para os pais/cuidadores terem um recurso simples acerca da sua realização. Após esta sugestão, a realização de molde foi filmada no manequim e posteriormente editada no vídeo final. O vídeo

final foi apresentado na sessão de formação à equipa de enfermagem que considerou uma excelente ferramenta de ensino, tanto para as crianças como para os pais/cuidadores.

Assim, a equipa de enfermagem fica com um recurso digital que, após aprovação da Comissão de Ética, pode ser entregue aos pais/cuidadores e até mesmo divulgado na página web da instituição.

No desenvolvimento desta atividade, demostrei conhecimento sobre a criança com ostomia de eliminação urinária em idade escolar, implementando respostas de enfermagem apropriadas (E1.2.1). Através deste vídeo pretendo facilitar a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança da criança com ostomia de eliminação urinária e família (E1.2.8), promovendo não só a sua capacitação (E2.5.2), mas também a sua autoimagem (E3.4.2). Neste sentido, aprofundei competências do EEESIP (Ordem dos Enfermeiros, 2018), especialmente na competência “(...) *intervém nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança*”.

Disponibilização de peluche com estoma (ANEXO XIII)

Após ter realizado a intervenção de Brinquedo Terapêutico com uma criança em idade escolar com ostomia intestinal e ter verificado no imediato os resultados positivos da implementação do mesmo, procurei junto dos representantes fornecer à equipa um peluche com estoma. Este peluche fica como recurso, para a equipa de enfermagem implementar o Brinquedo Terapêutico nas crianças com ostomias de eliminação.

Neste sentido, consegui providenciar recurso para cuidados às crianças promotor da majoração dos ganhos em saúde, Brinquedo Terapêutico, amplamente suportado na evidência (E2.4), que irá capacitar a criança em idade escolar, para a adoção de estratégias de *coping* e de adaptação (E2.5.2.), o que levou ao aprofundamento de competências do EEESIP (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

3.3.4. Objetivo II: Contribuir para a uniformização das práticas para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à criança com ostomia de eliminação urinária não continente e família

Atividades desenvolvidas e competências adquiridas

Elaboração de uma norma “Cuidados básicos à criança com urostomia” (Apêndice XXXVIII)

Um dos diagnósticos iniciais foi a necessidade de realização de documentação atualizada, pelo que surgiu a atividade elaboração de uma norma de cuidados básicos à criança com ostomias de eliminação urinária. Para a realização desta atividade foi necessário efetuar pesquisa bibliográfica nos motores de busca científica e identificar *guidelines* internacionais mais atuais (WOCN®, 2014; Rutledge et al., 2017; Forest-Lalande et al., 2018; Batalla et al., 2019; Stetzer, 2021).

Inicialmente receei não conseguir encontrar evidência científica acerca dos cuidados a estas crianças, pois na realização da *Scoping Review* não foram encontrados artigos com população pediátrica com ostomias urinárias. Ainda assim, após a realização da pesquisa bibliográfica constatei que os dados de investigação acerca dos cuidados à criança com ostomias urinárias eram um pouco dispersos, confundindo-se muitas vezes com os cuidados à criança com ostomias de eliminação intestinal.

Na verdade, a estes tipos de ostomias são difíceis de adaptar dispositivos e o desconhecimento acerca dos mesmos e da sua disponibilidade no mercado, terá levado a que o uso de fraldas fosse uma realidade neste contexto. Para colmatar este facto, foi elaborada a norma “Cuidados Básicos de Enfermagem à Criança com Urostomia”, na qual foram descritas definições, indicações, pontos-chave, procedimentos: cuidados à pele peri-estoma, estoma e cateteres, realização de novo molde, aplicação de novo dispositivo, esvaziar o dispositivo, atuação nas complicações mais comuns e capacitação parental.

A apresentação desta norma foi realizada na sessão de formação, o que levou a esclarecimentos dos elementos da equipa.

Com a realização desta norma, consegui aprofundar competências comuns do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019b), tendo em consideração *desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua* (B2) e *baseia a sua praxis clínica especializada em evidencia científica* (D2).

Elaboração de uma *checklist* das intervenções de enfermagem para a capacitação parental dos pais/cuidadores da criança com ostomias de eliminação urinárias
(Apêndice XL)

Esta atividade já estava planeada inicialmente e teve o intuito de facilitar a organização e continuidade dos cuidados à criança e família, com vista à capacitação dos mesmos.

Para a elaboração desta *checklist*, foram consultadas e seguidas as orientações da norma da DGS (Norma nº 012/2016 de 28/10/2016 atualizada a 03/03/2017), *guidelines* internacionais (Forest-Lalande et al., 2018; Batalla et al., 2019; Stetzer, 2021) e uso da linguagem CIPE® (ICN, 2018; Ordem dos Enfermeiros, 2016).

A apresentação desta *checklist* à equipa de enfermagem foi realizada durante a sessão de formação, tendo sido bem aceite por toda a equipa de enfermagem, referindo a sua aplicabilidade como uma mais-valia na continuidade dos cuidados.

Ao elaborar a *checklist* das intervenções de enfermagem no cuidado à criança com ostomias urinária não continentes e família, também desenvolvi competências comuns do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019b), *gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde* (C1) e *adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados* (C2).

Elaboração de um dossier “Dispositivos de Ostomia de Eliminação Urinária Pediátricos Comparticipados” (Apêndice XXXIX)

Apesar de esta atividade não estar inicialmente programada, surgiu no sentido de apresentar à equipa de enfermagem os dispositivos disponíveis com comparticipação no mercado. O objetivo foi elaborar um dossier com informação esquematizada e de fácil consulta para que a equipa de enfermagem conheça os vários dispositivos e possa gerir com os pais, a escolha mais adequada do dispositivo para a criança com ostomia urinária.

Recorrendo à informação disponível no site do INFARMED (2019) e à informação disponibilizada pelos representantes dos vários dispositivos, elaborou-se este documento. Desta forma, a equipa de enfermagem fica com um instrumento de consulta rápida dos dispositivos existentes no mercado com comparticipação, encontrando-se estruturado por grupo de dispositivo médico, com a respetiva descrição e imagem exemplificativa para a equipa multidisciplinar reconhecer e

saber identificar os dispositivos a adaptar à criança, bem como as respetivas referências para a sua prescrição.

No final deste dossier encontra-se uma listagem de todo o material que deve conter o *kit* de alta, devendo este ser fornecido aos pais o mais precocemente possível.

A elaboração deste dossier permitiu-me desenvolver a competência comum do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019b), *adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados* (C2)

Elaboração de *Kit's* de alta (Apêndice XLI)

Tal como foi realizado no contexto de UCIN, também neste contexto a inexistência de *kit's* de alta foi notória. Através do contacto com os representantes dos dispositivos, consegui obter seis *kit's* de alta que ficam disponíveis para entregar aos pais/cuidadores, por forma a minimizar a sua ansiedade na transição para o domicílio.

A apresentação dos *kit's* foi realizada durante a sessão de formação e, tal como no contexto de UCIN, a equipa de enfermagem do serviço de Cirurgia Pediátrica e Queimados referiu que seria pertinente entregar o *kit* aos pais/cuidadores o mais precocemente possível, permitindo a estes o manuseamento dos dispositivos, potenciando as suas habilidade e cuidados seguros.

A elaboração deste recurso permitiu-me fortalecer competências comuns do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019b), especialmente *garante um ambiente terapêutico e seguro* (B3) e *adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados* (C2)

Realização de sessão de formação aos enfermeiros do Serviço de Cirurgia Pediátrica e Queimados. (Apêndice XLII)

Tendo em conta o diagnóstico inicial de necessidade de atualização de conhecimentos e habilidades nos cuidados à criança com ostomias urinárias e família, bem como a apresentação das atividades desenvolvidas, realizaram-se duas sessões de formação aos enfermeiros do Serviço de Cirurgia Pediátrica e Queimados. Estas sessões foram realizadas por videoconferência e

presencialmente em simultâneo, tendo sido previamente divulgadas no serviço (**ANEXO XIV**), tentando desta forma abranger o maior número de elementos da equipa. Os objetivos da sessão de formação foram divulgados à equipa de enfermagem através do plano de sessão (**ANEXO XV**).

Consegui uma adesão de 79% da equipa de enfermagem, o que demonstrou o interesse pelo tema e a necessidade de formação e atualização na área.

Ambas as sessões decorreram sem incidentes, apenas alguns pequenos constrangimentos devido a problemas informáticos, mas que foram rápida e atempadamente resolvidos. No final das sessões foram esclarecidas dúvidas à equipa, nomeadamente no que diz respeito a tempo de contacto dos dispositivos, manipulação de cateteres, realização da técnica de *crusting*, comparticipação de dispositivos e obtenção de *kit's* de alta.

A avaliação da sessão foi realizada através de formulário gentilmente cedido pela instituição (**ANEXO XVI**). Em relação à apreciação global da formação, 11% dos participantes concordou e 89% dos participantes concordou totalmente. Relativamente à metodologia, 4% dos participantes considerou boa e 96% dos participantes considerou muito boa (**Apêndice XLIII**). Esta classificação demonstrou que a sessão de formação foi de encontro às necessidades da equipa de enfermagem e que os pontos importantes foram abordados de forma adequada, clara, motivadora e esclarecedora.

A realização desta sessão de formação permitiu-me aprofundar a competência comum do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019b), *baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica* (D2).

Distribuição de Material de bolso (**ANEXO XVII**)

No final de cada sessão de formação ficou disponível para cada elemento da equipa material de bolso, com a gentil colaboração dos vários representantes dos dispositivos, proporcionando assim a cada elemento da equipa recursos para uma prestação de cuidados com maior qualidade e segurança.

A aquisição e distribuição de material de bolso à equipa de enfermagem permitiu-me aprofundar competências comuns do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019b), visando as competências “*garante um ambiente terapêutico e seguro*” (B3) e “*adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados*” (C2).

Elaboração de “Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Consulta de Enfermagem de Estomaterapia Pediátrica” (Apêndice XLIV)

Por último, a minha inquietação em relação à inexistência nesta instituição de uma Consulta de Enfermagem de Estomaterapia Pediátrica, levou-me a realizar este projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

O meu percurso de estágio na instituição permitiu-me obter uma visão geral dos cuidados à criança com ostomias e família, o que levou à elaboração deste projeto. Tentei realizar um diagnóstico da situação atual dos cuidados à criança com ostomias e família na instituição, tendo em conta toda a evidência científica acerca dos benefícios da existência de uma consulta de enfermagem de estomaterapia e os objetivos institucionais de melhoria da qualidade, bem como as acreditações de que é detentora, não faria sentido acabar o meu percurso senão com este projeto ambicioso.

Ao longo destes três campos de estágio tive a oportunidade de conhecer e até criar amizade com vários colegas que, tal como eu, sentem que a criança com ostomias e família merece um cuidar especializado, estruturado, baseado em evidência científica atual e contínua, mantendo este cuidar no pós-alta sendo este último a maior falha na instituição.

É certo que a maioria das ostomias são temporárias, mas o *temporário* pode significar por vezes quase um ano de espera ou mais e nesse tempo as crianças crescem, havendo modificações significativas no seu corpo e no seu desenvolvimento, bem como reestruturações constantes da família no cuidar destas crianças, sendo a escassez de recursos para estes pais/cuidadores gritante. Por isto tudo deixo este projeto na instituição, para que a criança com ostomias e família tenha um acompanhamento especializado por EEESIP com competências avançadas em estomaterapia, numa perspetiva não só de excelência de cuidados, mas também da sua humanização.

A sua divulgação à Direção de Enfermagem da instituição, ficará a cargo da enfermeira em funções de gestão e da enfermeira orientadora.

A elaboração deste projeto tão fundamental à instituição, proporcionou-me o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialistas (Ordem dos Enfermeiros, 2019b), com enfoque na competência “*garante um papel dinamizador*

no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica” (B1), através da mobilização de conhecimentos e habilidades, no sentido da melhoria contínua da qualidade (B1.1). Na competência desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua (B2), planeei um programa de melhoria contínua (B2.2), identificando as oportunidades de melhoria através da análise SWOT (B2.2.1). Consegui estabelecer prioridades de melhoria (B2.2.2) e selecionar através do estabelecimento do circuito da criança com ostomia e família na instituição estratégias de melhoria (B2.2.3), fomentando a sua implementação através da sua divulgação à equipa na sessão de formação (B2.2.5).

O caminho percorrido ao longo dos três contextos, além das competências de EEESIP, permitiu-me ainda desenvolver competências de mestre na medida em que aprofundei e consolidei os conhecimentos já interiorizados ao longo de toda a minha prática profissional, o que foi basilar para a elaboração da *Scoping Review*. Por outro lado, na experiência de partilhar algumas semanas de estágio com equipas coesas, muito experientes, mas desconhecidas para mim, deparei-me com alguns problemas inerentes à prática diária, mas que consegui superar e encontrar resolução. Também demonstrei capacidade para gerir situações complexas, ponderando sempre as implicações éticas e sociais subjacentes ao meu desempenho. Consegui com muita satisfação partilhar os conhecimentos nesta área tão específica da Enfermagem como é a Estomaterapia, nos diversos serviços por onde se desenrolou a minha prática clínica, deixando materiais disponíveis para dar continuidade ao meu trabalho, assim como no Congresso da APECE referido anteriormente (Decreto-Lei n.º 157/2018, 2018).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relatório descreve o meu percurso e desenvolvimento de competências de Mestre em Enfermagem e de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

A criança com ostomia e família tem necessidades específicas e particulares que a realização de um estoma acarreta, além de todas as outras que a criança e família sem a particularidade da ostomia tem. Este facto torna o EEESIP estrategicamente posicionado para poder intervir neste binómio como um todo.

Este percurso permitiu em cada contexto de estágio ir ao encontro das necessidades da criança com ostomia e família, bem como das necessidades da equipa multidisciplinar em termos de recursos para a prestação de cuidados segura e de qualidade. Consegui perceber que cada tipo de ostomia necessita de dispositivos próprios e adequados, o que implica uma constante atualização do conhecimento dos dispositivos existentes no mercado, bem como a sua correta aplicação. Foram essenciais alguns aspetos nos vários contextos de estágio, nomeadamente atualizar conhecimentos, realizar materiais informativos para a capacitação dos pais/cuidadores de criança com ostomias, mobilizar e disponibilizar recursos materiais com vista à melhoria da segurança e qualidade dos cuidados prestados.

Logo no primeiro contexto percebi que podia atualizar a equipa com toda a evidência disponível e elaborar materiais informativos o mais exemplificativos possível. Efetivamente, se não conseguisse disponibilizar recursos tanto para a equipa como para as crianças e pais/cuidadores, estes não iriam conseguir pôr em prática o conhecimento adquirido. Este aspeto fez com que mobilizasse os meus conhecimentos e contactos na área da estomaterapia por forma a disponibilizar o máximo de recursos materiais possível.

Ainda neste contexto, percebi que um recurso fundamental, e que é amplamente disponibilizado à pessoa adulta com ostomia é um *kit* de alta, recurso essencial na transição segura para casa, mas inexistente na pediatria. Recorrendo aos vários representantes, consegui mobilizar recursos e disponibilizar nos vários contextos

este recurso tão importante, embora no que diz respeito à criança com traqueotomia isso não tenha ocorrido. Foi com grande desilusão que percebi que este recurso é verdadeiramente de difícil acesso aos pais destas crianças. Nesse sentido, o grupo institucional está a elaborar um manual de cuidados para os pais, no qual consta uma *checklist* de todo o material que os próprios devem ter num *kit* de emergência.

O contexto de UCIP foi de facto uma experiência única, permitindo intervir na criança com ostomia respiratória e família e criar sinergias entre vários grupos de trabalho institucionais, aproveitando a oportunidade para desenvolver um projeto inovador no que diz respeito à capacitação dos pais/cuidadores de crianças com traqueotomia. Tal permitiu-me transpor a evidência da revisão de literatura realizada para a realidade institucional. A grande aceitação, envolvimento e motivação na elaboração deste projeto dá-me esperança de que ele seja implementado, podendo desta forma contribuir para a melhoria da qualidade de vida destas crianças e família.

Por último, o contexto de Cirurgia Pediátrica e Queimados foi sem dúvida o maior desafio de todos. A equipa encontrava-se num espaço físico que não o seu, devido a obras de melhoria no serviço, estando constantemente a ser mobilizada para outros serviços para colmatar a falta de recursos humanos e apareço eu, com dispositivos para uma criança que não conhecia, mas que me tinham pedido ajuda nesse sentido. Senti-me numa posição difícil, mas com a ajuda e colaboração da enfermeira orientadora consegui integrar-me na equipa multidisciplinar, acabando por ser um elemento de referência na área da estomaterapia.

Outro desafio foi a inexistência de cuidados específicos à criança com ostomias urinárias não continentes, e demonstrar à equipa a necessidade e os benefícios dos mesmos, o que acabou por acontecer durante as sessões de formação.

Este último contexto deu-me a oportunidade de intervir na criança e com a criança, através do brinquedo terapêutico como instrumento de instrução. Foi uma experiência que nunca esquecerei, pelo impacto positivo e imediato dessa intervenção.

Todo este percurso teve por base a revisão de literatura que me permitiu transferir para a prática a evidência científica mais atual, levando a uma atualização de conhecimentos e habilidades nos cuidados à criança com ostomia e família.

Tive ainda a oportunidade de desenvolver projetos inovadores, com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados à criança com ostomia e família, que gostaria de no futuro poder colaborar na sua implementação. Refiro-me tanto ao projeto de simulação para pais, como ao projeto de Consulta de Enfermagem de Estomaterapia Pediátrica.

Consegui divulgar através da realização de um poster a revisão de literatura realizada em coautoria e, através de uma comunicação oral, os conhecimentos adquiridos e as atividades desenvolvidas no contexto de UCIN, no V Seminário do Curso de Mestrado em Enfermagem, tendo integrado a Comissão Organizadora do mesmo, como comprova o **ANEXO XVIII**, mobilizando recursos de apoio aos participantes através da gentil colaboração dos vários representantes de dispositivos de ostomia. Irei ainda divulgar o conhecimento adquirido neste percurso no Congresso Nacional de Estomaterapia de 2023, tal como já referi anteriormente.

Ficaram por abordar duas áreas muito importantes tanto na área da pediatria como da estomaterapia. A primeira foi a criança com ostomia alimentar, que apesar de ter tido a oportunidade de prestar cuidados a uma criança com este tipo de ostomia, fez-me mais sentido desenvolver os cuidados à criança com ostomias urinárias pela não existência de qualquer cuidado estruturado a estas. A segunda área que ficou por abordar foi o adolescente com ostomia, não tive a oportunidade de prestar cuidados a esta população tão específica por si só, e teria sido um desafio muito enriquecedor.

Olhando para o início desta jornada, sinto-me uma pessoa com muita sorte por ter conseguido realizar este percurso, difícil, mas foi uma satisfação poder tê-lo feito e sinto que de alguma forma acabei por “contagiar” aqueles com quem tive o prazer de me cruzar.

Futuramente gostaria de poder desenvolver com a colaboração da APECE um grupo de trabalho nacional de enfermeiros com competências em estomaterapia e EEESIP, com o intuito de recolher dados epidemiológicos, promover formação, elaborar materiais informativos adequados a esta população, entre outros.

Gostaria ainda de criar um grupo de ajuda mútua para pessoas com ostomia no meu local de trabalho, sendo que é algo que os utentes verbalizam com alguma frequência e julgo que este curso me proporcionou alguns recursos nesse sentido.

Chegando ao fim deste percurso consigo perceber que a minha maturidade quer profissional, quer pessoal, contribuíram para que conseguisse mobilizar conhecimentos, recursos e até mesmo gerir situações mais complexas que não teria conseguido da mesma forma em 2009, quando ingressei pela primeira vez neste curso. Julgo que superar este desafio a que me propus foi sem dúvida também provar a mim mesma que sou resiliente, e sempre disposta a melhorar. São vários os caminhos que nos levam à aquisição de competências, na verdade a busca por melhorar os cuidados ao outro leva-nos inevitavelmente a percorrer trilhos onde a pesquisa, o desenvolvimento de conhecimento científico e a partilha, aumentam a cada passo não só o nosso *know-how*, como também o do outro.

Consigo perceber agora que o facto de já ter exercido funções em contexto de pediatria, e atualmente exercer em contexto de adulto, faz com que tenha uma visão muito diferente no cuidar do adulto, especialmente no que diz respeito ao envolvimento da família, à parceria de cuidados, à capacitação do cuidador, nas questões de transição para casa. De facto, estes aspetos fundamentais na área da pediatria, também o são e cada vez mais no adulto que, progressivamente, se encontra com condições crónicas de saúde. Por outro lado, o facto de prestar cuidados ao adulto com ostomia permitiu-me perceber que, independentemente da idade e do contexto, a criança com ostomia deve ser sempre incluída nos seus cuidados específicos, com o intuito não só de um futuro autocuidado, mas de fomentar a estimulação com vista a um crescimento e desenvolvimento normal e uma autoimagem positiva. No fundo o cuidar da pessoa com ostomia, visa, independentemente da idade e da ostomia, a manutenção da sua autonomia e da sua qualidade de vida.

Este olhar especializado que se adquire mantém-se em qualquer que seja o contexto de cuidados, sendo este o que nos destaca do enfermeiro generalista.

Neste caminho, que percorri com o apoio de todos aqueles com quem tive o prazer de me cruzar, cresci imenso enquanto pessoa e enquanto enfermeira e sei que isso irá certamente melhorar a qualidade da minha prestação de cuidados à pessoa com ostomia, independentemente da sua idade e do contexto.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychological Association [APA] (2020). Publication manual of the American Psychological Association (7th ed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>

Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. [INFARMED] (2019). Dispositivos Médicos de Apoio a Doentes Ostomizados. Listagem de dispositivos médicos incluídos no regime de participação, previsto da Portaria n.º 284/2016, de 4 de novembro (alterada pela Portaria n.º 92-F/2017, de 3 de março), em vigor a partir de 1 de abril de 2017. https://www.infarmed.pt/documents/15786/1644848/Listagem_Ostomia_Autorizados_2019_01_02/9dcc5abd-0c9e-477c-b3cc-dd29e5c56b75.

Azevedo, M., Oliveira, I., Souza, T., Moraes, J., Martinez, E. & Araujo, B. (2018). Empowerment of the mothers of children in a pediatric intensive care unit. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(3), 1061-1070. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0689>.

Bandeira, L., Silva, J., Sousa, A. & Carvalho, M. (2021). Promoção do Cuidado Familiar ao Neonato com Estomia Intestinal: Estratégias Educativas de Enfermagem. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 95(35). <https://doi.org/10.31011/reaid-2021-v.95-n.35-art.1156>

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. <https://doi.org/10.1177/000313481808401003>

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

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

Boat, T., Filigno, S. & Amin, R. (2017). Wellness for Families of Children with Chronic Health Disorder. *JAMA Pediatrics*, Volume 171, N° 9, 825-826. Doi:10.1001/jamapediatrics.2017.1682

Centers for Disease Control and Prevention [CDC] (2014). CDC Clear Communication Index Sheet. Office of the Associate Director for Communication. <https://www.cdc.gov/ccindex/pdf/full-index-score-sheet.pdf>

Centers for Disease Control and Prevention [CDC] (2019). CDC Clear Communication Index. A tool for Developing and Assessing – CDC Public Communication Products: User Guide”. <https://www.cdc.gov/ccindex/pdf/clear-communication-user-guide.pdf>

Cerqueira, C. & Barbieri-Figueiredo, M. C. (2020). Cuidados Centrados na Família. In A.L., Ramos & M.C., Barbieri (Eds), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 28-31). LIDEL, Edições Técnicas.

Children’s Health Tracheostomy Team (2017). A Guide for Caring for your Child. Home Instructions for the caregivers of a child with a tracheostomy. <https://www.childrens.com/wps/wcm/connect/childrenspublic/f4e3686a-4b50-485f-88ef-b569c9db0717/Tracheostomy+Manual.pdf?MOD=AJPERES&CVID=nIR0VxO>.

Cincinnati Children's (2018). Tracheotomy Care Handbook. <https://www.cincinnatichildrens.org/-/media/cincinnati%20childrens/home/health/t/tracheotomy-handbook/handbook-final.pdf?la=en>

Decreto-Lei n.º 157/2018. Governo da República Portuguesa-XXII Governo Constitucional de Portugal. Presidência do Conselho de Ministros. (2018). [Diário da República n.º 157/2018, Série I de 2018-08-16](#), páginas 4147 – 4182. [0414704182.pdf \(dre.pt\)](#)

Dehsorkhi, T., Vashani, H., Ramezani, M. & Shojaeian, R. (2020). Effect of Maternal Empowerment Program on Neonatal Colostomy Complications and Maternal Distress Tolerance. Evidence Based Care Journal, 10 (3), 23-32. DOI: 10.22038/ebcj.2020.50642.2360

Direcção Geral da Saúde [DGS] (2017a). Norma número: 011/2016, atualizada a 03/03/2017 – Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias Respiratórias em Idade Pediátrica e no Adulto. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/Indicacoes-Clinicas-e-Intervencao-nas-Ostomias-Respiratorias-em-Idade-Pediatrica-e-no-Adulto.pdf>

Direcção Geral da Saúde [DGS] (2017b). Norma número: 012/16, atualizada a 03/03/2017 – Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Eliminação Urinárias em Idade Pediátrica e no Adulto. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/Indicacoes-Clinicas-e-Intervencao-nas-Ostomias-de-Eliminacao-Urinarria-em-Idade-Pediatrica-e-no-Adulto.pdf>

Direcção Geral da Saúde [DGS] (2017c). Norma número: 015/2016, atualizada a 03/03/2017 – Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Eliminação Intestinal em Idade Pediátrica e no Adulto. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/03/03/indicacoes-clinicas-e-intervencao-nas-ostomias-de-eliminacao-intestinal-em-idade-pediatrica-e-no-adulto/>

Doherty, C., Neal, R., English, C., Cooke, J., Atkinson, D., Bates, L., Moore, J., Monks, S., Bowler, M., Bruce, I., Bateman, N., Wyatt, M., Russell, J., Perkins, R. & McGrath, B. (2018). Multidisciplinary guidelines for the management of paediatric tracheostomy emergencies. *Anaesthesia*, 73, 1400-1417. Doi:10.1111/anae.14307

Embon, C. (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. In A.L., Ramos & M.C., Barbieri (Eds), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 86-90). LIDEL, Edições Técnicas.

Ferrito, C., Nunes, L. & Ruivo, M. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, 1-37. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

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. DOI: 10.1016/j.adnc.2003.11.011

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. https://www.coloplastprofessional.com/Global/CPOC_Paediatric_stoma_care_guidelines_A4_.pdf

Foster, M. (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. DOI: 10.1097/00152192-199311000-00010

Fuller, C., Wineland, A. & Richter, G. (2021). Update on Pediatric Tracheostomy: Indications, Technique, Education, and Decannulation. *Current Otorhinolaryngology Reports*. 9: 188-199. <https://doi.org/10.1007/s40136-021-00340-y>

Fundo das Nações Unidas para a Infância [UNICEF] (2019). Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos. Depósito Legal n.º 462471/19. https://www.unicef.pt/media/2766/unicef_convenc-a-o_dos_direitos_da_crianca.pdf

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. <https://doi.org/10.1111/jpc.15399>

Gibson, C (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 1201-1210. DOI: 10.1046/j.1365-2648.1995.21061201.x

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. DOI: 10.3109/14767058.2016.1152242

Hartnick, C., Diercks, G., Guzman, V., Hartnick, E., Cleave, J. & Callans, K. (2017). 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*, 99, 107–110. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28688550/>

Huddleston, K. & Ferraro, A. (1991). Preparing families of children with gastrostomies. *Pediatric Nursing*, 17(2), 153–158. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1852499/>

Instituto de Apoio à Criança [IAC] (2009). Anotações Carta da Criança Hospitalizada. <https://each-for-sick-children.org/wp-content/uploads/2021/04/EACH-Charter-Portuguese.pdf>

Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM] & Departamento de Formação em Emergência Médica [DFEM] (2017). Manual de Suporte Básico de Vida Pediátrico. Versão 3.0 – 1ª edição 2017. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/09/Suporte-B%C3%A1sico-de-Vida-Pedi%C3%A1trico.pdf>

International Council of Nurses [ICN] (2018). CIPE® - Português. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese_translation.pdf

Jessee, T. (2022). How to do SWOT Analysis in Healthcare. <https://www.clearpointstrategy.com/swot-analysis-in-healthcare/>

Joseph, R. (2011). Tracheostomy in infants: Parent education for home care. *Neonatal Network: NN*, 30(4), 231–242. <https://doi.org/10.1891/0730-0832.30.4.231>

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. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2019.03.022>

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>

Large, B., England, R., Morris, M.-A., & Briars, G. (2020). *Clinical Guideline for the Management of stoma output in neonates and infants*. <https://www.nnuh.nhs.uk/publication/download/trust-guideline-for-the-management-of-stoma-output-in-neonates-and-infants-v1/>

Monteiro, A., Santos, M., Souza, M. & Ferreira, J. (2020). Adapted Crusting Technique in Children with Peristomal Lesions: A Case Series. *Adv Skin Wound Care*. 329-333. DOI: 10.1097/01.ASW.0000661788.68292.81

Oberwaldner, B., & Eber, E. (2006). Tracheostomy care in the home. *Paediatric respiratory reviews*, 7(3), 185–190. <https://doi.org/10.1016/j.prrv.2006.06.003>

Ordem dos Enfermeiros (2011a). Guia Orientador de Boa Prática: Preparação do regresso a casa da criança com necessidade de cuidados. Guias Orientadores de Boa Prática em Saúde Infantil e Pediátrica, Cadernos da OE, nº3, série I, volume III, 61-78. Lisboa, Portugal.

Ordem dos Enfermeiros (2011b). Guias Orientadores de Boas Práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Guia orientador de boa prática: Assistir a criança/família com um estoma. Série I. Número 3. Volume II. ISBN: 978-989-844-01-1

Ordem dos Enfermeiros (2015). 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 (2016). CIPE® Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Edição Portuguesa. https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Aprovado por unanimidade, sem alterações, na 4ª Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, realizada em sessão extraordinária, no dia 25 de novembro de 2017.

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 (2019a). Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Estomaterapia. Regulamento n.º 398/2019. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11974/1373413740.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2019b). 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.

Organização Mundial da Saúde (OMS) (2017). WHO Strategic Communications: Framework for effective communications. <https://www.who.int/docs/default-source/documents/communicating-for-health/communication-framework.pdf>

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. <https://doi.org/10.4037/aacnacc2018873>

Paediatric Critical Care (2016). Paediatric Tracheostomy Guidelines. <https://www.bsuh.nhs.uk/library/wp-content/uploads/sites/8/2020/06/Paediatric-Tracheostomy-Care-Guidelines.pdf>

Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C., et al. (2021) The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 372: n.º 71. Doi:10.1136/bmj.n71.

Perez, R., Beckom, L., Jebara, L., Lewis, M. & Patenaude, Y. (1984). Care of the child with a gastrostomy tube: Common and practical concerns. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 7(2), 107–119. <https://doi.org/10.3109/01460868409009049>

Prickett, K., Deshpande, A., Paschal, H., Simon, D. & Hebbar, K. (2019). Simulation-based education to improve emergency management skills in caregivers of tracheostomy patients. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 120, 157–161. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2019.01.020>

Resuscitation Council UK (2022). Paediatric emergency algorithms & resources. Guidelines 2021. Version 1. <https://www.resus.org.uk/sites/default/files/2022-03/RCUK%20Paediatric%20emergency%20algorithms%20and%20resources%20Mar%202022%20V1.pdf>

Rodrigues, L., Santos, A., Gomes, P., Silva, W. & Chaves, E. (2020). Construção e validação de cartilha educativa sobre cuidados para crianças com gastrostomia. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73 (3). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0108>

Rutledge, T., Dalke, S., Goritz, S. & Kolbe, K. (2017). Ostomy Care. Caring for Children that Require Ostomy Care in a Community Program. *Unified Referral and Intake System* (URIS). <https://www.edu.gov.mb.ca/k12/specedu/uris/cpg/ostomy/clinical-practice-guidelines.pdf>

Saint Luke's (2022). Discharge Instructions: Caring for Your Tracheostomy Tube and Stoma. <https://www.saintlukeskc.org/health-library/discharge-instructions-caring-your-tracheostomy-tube-and-stoma>

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. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2014.01.002>

Severo, V., Passos dos Santos, R., Neves, E. & Ribeiro, C. (2019). Conhecimento Prévio de cuidadoras de crianças com necessidades especiais de saúde: uma abordagem Freiriana. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 18(3), 1–8. <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v18i3.46351>

Skellett, S., Maconochie, I., Bingham, B., Worrall, M., Scholefield, B., Johnson, M., Page, M., Andre, L., Wyllie, J., Lockey, A. & Hampshire, S. (2021). Paediatric advance life support Guidelines. *Resuscitation Council UK*. <https://www.resus.org.uk/print/pdf/node/11331>

Starship Child Health (2018). Going home with a Tracheostomy. Nurse Educators and ENT Nurse Specialist.

Starship Child Health (2020). Tracheostomy management for na infant, child or young person. <https://starship.org.nz/guidelines/tracheostomy-management-for-an-infant-child-or-young-person/>

Stetzer, M. (2021). Essential ostomy knowledge for nurses: Promoting adaptation in children with new ostomy and their caregivers. *Pediatric Nursing*, 47(2), 71-78. <https://www.proquest.com/openview/7e2be6554e26d83e4588e6d002614366/1?pq-origsite=gscholar&cbl=47659>

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. <https://doi.org/10.1177/0009922813505901>

Trach Team (2017). A Guide for Caring for your Child. *Children's health*. <https://www.childrens.com/wps/wcm/connect/childrenspublic/f4e3686a-4b50-485f-88ef-b569c9db0717/Tracheostomy+Manual.pdf?MOD=AJPERES&CVID=nlR0VxO>

Tricco, A., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M., Garritty, C., ... Sharon, E. (2018). *PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation*. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–. doi:10.7326/M18-0850

Van de Voorde, P., Turner, N., Djakow, J., Lucas, N., Martinez-Mejias, A., Biarent, D., Bingham, R., Brissaud, O., Hoffmann, F., Johannesdottir, G., Lauritsen, T. & Maconochie, I. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Paediatric Life Support. *Resuscitation* 161. 327-387. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.015>

Ventura-Silva, J., Martins, M., Trindade, L., Ribeiro, O. & Cardoso, M. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS*. <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/5480>

Viana, I., Silva, L., Cursino, E., Conceição, D., Goes, F. & Moraes, J. (2018). Encontro educativo da enfermagem e da família de crianças com necessidades especiais de saúde. *Texto & Contexto - Enfermagem* 27(3). <https://doi.org/10.1590/0104-070720180005720016>

Volsko, T., Parker, S., Deakins, K., Walsh, B., Fedor, K., Valika, T., Ginier, E. & Strickland, S. (2021). AARC Clinical Practice Guideline: Management of Pediatric Patients With Tracheostomy in the Acute Care Setting. *Respiratory Care*. Vol 66. N.º 1. DOI: 10.4187/respcare.08137

WOCN® (2014). Pediatric Ostomy Complications: Best Practice for Clinicians. [https://cdn.ymaws.com/member.wocn.org/resource/resmgr/document library/PEDIATRIC_OSTOMY_COMPLICATIO.pdf](https://cdn.ymaws.com/member.wocn.org/resource/resmgr/document_library/PEDIATRIC_OSTOMY_COMPLICATIO.pdf)

WOCN®. (2011). *PEDIATRIC OSTOMY CARE BEST PRACTICE FOR CLINICIANS*. https://cdn.ymaws.com/member.wocn.org/resource/resmgr/document_library/PEDIATRIC OSTOMY CARE- BEST .pdf

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. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.07.011>

APÊNDICES

Apêndice I – Scoping Review: “Capacitar os pais de crianças ostomizadas para autonomia do papel parental”



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialidade em Saúde Infantil e
Pediátrica

Unidade Curricular de Enfermagem Pediátrica

**CAPACITAR OS PAIS DE CRIANÇAS OSTOMIZADAS PARA AUTONOMIA DO
PAPEL PARENTAL: UMA SCOPING REVIEW**

Regente: Professora Doutora Margarida Lourenço

Docentes: Professora Doutora Margarida Lourenço e
Professora Doutora Elisabete Nunes

Discentes: Joana Cereja, nº 192009036 | Vânia Medeiros,
nº 192021080

Autores:

Cereja, Joana; Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica – Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde. Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica, com Competência acrescida em Estomaterapia, a exercer funções na Consulta Externa do Hospital São Francisco Xavier.

Medeiros, Vânia; Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica – Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde. Enfermeira de Cuidados Gerais na Unidade de Cuidados Intensivos de Neonatologia do Hospital Lusíadas Lisboa.

Lourenço, Margarida; Professora Auxiliar, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Nunes, Elisabete; Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

RESUMO:

A necessidade de realizar uma ostomia numa criança leva ao surgimento de alterações no dia-a-dia não só da criança, mas também dos seus pais/cuidadores. Estas alterações do foro fisiológico, psicológico e social, podem gerar nos pais sentimentos de irritabilidade, frustração, ansiedade e culpa (Zacarin, et al, 2018). Assim, o enfermeiro é essencial para providenciar suporte a estas crianças e família de forma que possam ser capacitados e empoderados para adquirirem autonomia nos cuidados específicos que a nova condição de saúde exige.

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

Método: *Scoping Review* baseada nos pressupostos metodológicos do Joanna Briggs Institute (Peters, 2020). Foram considerados todos os estudos publicados com base nos critérios de inclusão, recorrendo-se às bases de dados MEDLINE, CINAHL e 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. Os critérios de elegibilidade foram a população constituída por pais/cuidadores de crianças ostomizadas e capacitação parental em qualquer contexto de cuidados de saúde.

Resultados: Resultaram 23 artigos para análise. Dos artigos selecionados 52% (12) foram elaborados 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%). No que diz respeito a intervenções de enfermagem, a elaboração de plano de cuidados individualizado, mas sistematizado é a base para capacitar de forma eficiente os cuidadores. Foram também referenciados métodos educativos complementares à consolidação dos ensinamentos, tais como, recurso a guias de cuidados ilustrados com linguagem simples, vídeos educativos e treino em centros de simulação, bem como a criação de um programa de acompanhamento via Web como meio de apoio aos pais no pós-alta.

Assim, 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, Instruir, Treinar e Supervisionar.

Considerações finais: Todas as intervenções de enfermagem analisadas demonstraram ser eficazes no processo de capacitação parental. A equipa de enfermagem tem um papel fundamental na elaboração e implementação de programas individuais e sistematizados de ensino aos pais/cuidadores da criança ostomizada, independentemente do tipo de ostomia.

A capacitação dos pais/cuidadores, a aquisição de conhecimentos e aquisição de habilidades, que os tornam competentes no cuidado à criança ostomizada, diminui o stress, a ansiedade e depressão, levando à melhoria da qualidade de vida das crianças e dos seus cuidadores.

Palavras-chave: Criança; Ostomia; Pais; Capacitação parental; Intervenção de enfermagem

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, etc), ter que ser sujeita a uma ostomia (abertura artificial de qualquer víscera oca no corpo criada cirurgicamente) (Martins et al., 2006) para manutenção das suas funções vitais, seja para respirar (traqueostomia) (Blount, 2021), seja para alimentar-se (gastrostomia, jejunostomia) (Suluhan et al., 2021), seja para eliminação de efluentes (intestinal - colostomia, ileostomia; urinário - urostomia, nefrostomia, vesicostomia) (Leite 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 alvo. 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/adolescente, 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/cuidadores 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 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” (Conselho Internacional de Enfermeiros, ICN, 2018; Ordem dos Enfermeiros, 2016).

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 conseqüente diminuição da ansiedade (Batalla et al., 2019).

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 & Cesaretti, 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/cuidadores, 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 et al., 2019; Forest-Lalande et al., 2018; Santos & Silva, 2022). Assim, torna-se necessário mapear na literatura científica as intervenções de enfermagem, que capacitam os pais/cuidadores de crianças ostomizadas, (independentemente do tipo de ostomia) para a autonomia do papel parental.

Com esta revisão pretende-se dar resposta à seguinte questão: Qual a evidência disponível sobre a intervenção de enfermagem – capacitar os pais de crianças ostomizadas 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/cuidadores de crianças ostomizadas para a autonomia do papel parental.

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) (Tricco et al., 2018).

A estratégia de pesquisa foi realizada em **três** fases:

Numa primeira fase foi feita uma pesquisa nas bases de dados eletrónicas *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 eletrónicas CINAHL, 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 abril 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/cuidadores 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 dos 0 aos 21 anos de idade devido à sua condição de doença crónica, incapacidade e/ou deficiência (Ordem dos Enfermeiros, 2015), e como referido anteriormente a construção de alguns estomas estão associados a crianças/jovens com outros tipos de dependência física que se prolonga para a vida adulta (Santos & Cesaretti, 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; Ordem dos Enfermeiros, 2016)

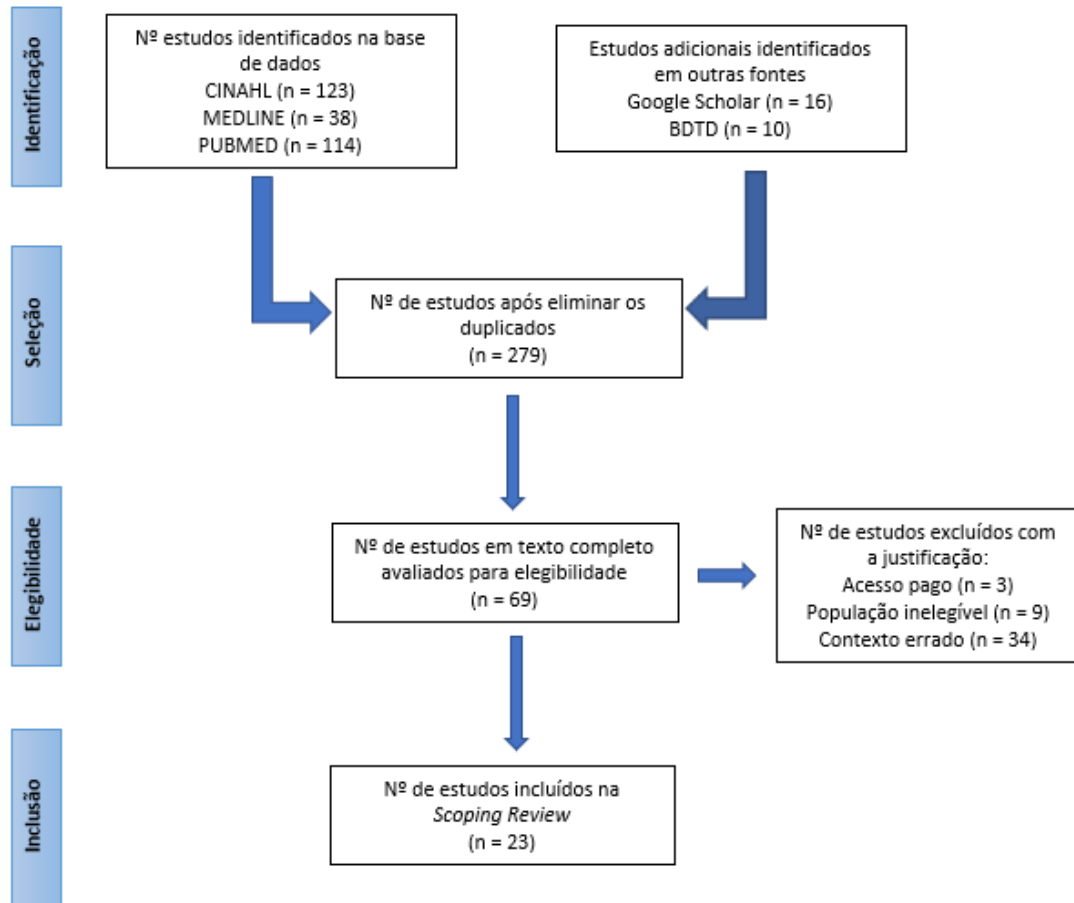
Foram ainda considerados todos os contextos (C) onde são prestados cuidados de saúde à criança ostomizada, nomeadamente, contexto hospitalar, ambulatório, comunitário e/ou remotamente (on-line).

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). No 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 2 (Page, 2021).

Figura 2 – Fluxograma segundo PRISMA para seleção e processo de inclusão dos estudos na scoping review (Page, 2021)



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 que foram incluídos nesta revisão. Os 23 artigos foram publicados entre os anos de 1976 e 2021. Os países de origem são Alemanha (Bishop & Head, 1976), Áustria (Oberwaldner & Eber, 2006), Brasil (Severo et al., 2019; Rodrigues et al., 2020; Monteiro et al., 2018; Bandeira et al., 2021), China (Gao et al., 2021), Estados Unidos da América (Huddleston & Ferraro, 1991; Perez et al., 1984; Tofil et al., 2013; Hartnick et al., 2017; Schweitzer et al., 2014; Fiske, 2004; Barry et al., 2018; Joseph, 2011; Orne et al., 2018; Kohn et al., 2019; Prickett et al.,

2019; Wooldridge & Carter, 2021; Embon, 1990; Foster, 1993; Stetzer, 2021) e Irão (Goudarzi et al., 2016).

Dos artigos selecionados 52% (12) foram elaborados 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 et al., 2017; Orne et al., 2018; Fiske, 2004; Wooldridge & Carter, 2021; Prickett et al., 2019; Kohn, 2019; Oberwaldner & Eber, 2006; Joseph, 2011; Tofil et al., 2013), 35% a criança com ostomia intestinal (Foster, 1993; Bishop & Head, 1976; Monteiro et al., 2018; Stetzer, 2021; Embon, 1990; Bandeira et al., 2021; Goudarzi et al., 2016; Gao et al., 2021), 22% a criança com ostomia gástrica (Perez et al., 1984; Rodrigues et al., 2020; Schweitzer et al., 2014; Barry et al., 2018; Huddleston & Ferraro, 1991) e 4% sem ostomia especificada (Severo et al., 2019). Na amostra não há crianças com ostomias urinárias.

Os resultados dos estudos incluídos na scoping review são apresentados no quadro 2.

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 | A quality study of family-centered care coordination to improve care for children undergoing tracheostomy and the quality of life for their caregivers. | Estudo Quantitativo Quasi-experimental Grupo controlo - 10 pais de crianças traqueostomizadas; Grupo experimental - | Programa de coordenação de cuidados centrados na família, cujas intervenções são: <u>programar</u> diariamente os ensinamentos para a alta, mudanças no cuidado à |

| | | | |
|---|--|--|---|
| <p>Diercks, G Guzman, V Hartnick, E Cleave, J & Callans, K.</p> | <p>International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology . <i>Ostomia Respiratória</i></p> | <p>22 cuidadores de crianças que foram traqueostomizadas</p> <p>Objetivo:</p> <p>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.</p> | <p>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.</p> <p>Resultados:</p> <p>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.</p> <p>No entanto, talvez devido ao facto de a amostra ser reduzida, não se verifica sensibilidade suficiente para avaliar mudanças na sobrecarga do cuidador.</p> |
|---|--|--|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| <p>1993, Estados Unidos da América. Foster, M.</p> | <p>Application of social learning theory to teaching ostomy care to parents of infants with ostomies.</p> <p>Journal of ET nursing : official publication, International Association for Enterostomal Therapy.</p> <p><i>Ostomia Intestinal</i></p> | <p>Estudo Qualitativo</p> <p>Epistemológico</p> <p>Pais de crianças submetidas a ostomias intestinais durante o 1º ano de vida</p> <p>Objetivo:</p> <p>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</p> | <p>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.</p> <p>Resultados:</p> <p>Implementar um ensino estruturado e efetivo, permite á 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.</p> |
| <p>2018,</p> | <p>Boot Camp for Caregivers of Children With</p> | <p>Estudo Quantitativo</p> <p>Quasi-experimental</p> | <p>Método de ensino compreende 9 <u>sessões de treino</u>, cada uma tem que ser completada</p> |

| | | | |
|---|---|---|---|
| <p>Estados Unidos da América.</p> <p>Orne, J, Branson, K & Cazzell, M.</p> | <p>Medically Complex Conditions.</p> <p>AACN Advanced Critical Care</p> <p><i>Ostomia Respiratória</i></p> | <p>Retrospectivo</p> <p>34 cuidadores</p> <p>Objetivo:</p> <p>Determinar a eficácia de uma Pré-alta estruturada, tipo programa de treino “Boot Camp style” para cuidadores de crianças com necessidades especiais de saúde (Traqueostomizadas)</p> | <p>satisfatoriamente pelos cuidadores, antes de passar à seguinte.</p> <p>Atividades por sessão: <u>observação</u>, <u>discussão</u> e <u>treino</u> da prestação de cuidados num <u>manequim</u> (boneco)</p> <p>Resultados:</p> <p>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.</p> |
| <p>1984,</p> <p>Estados Unidos da América.</p> <p>Perez, R, Beckom, L, Jebara, L,</p> | <p>Care of the child with a gastrostomy tube: common and practical concerns. Issues in Comprehensive</p> <p>Pediatric Nursing</p> | <p>Revisão de literatura</p> <p>Amostra: não se enquadra no estudo</p> <p>Objetivo:</p> <p>Apresentar as condições pediátricas mais</p> | <p>Os pais devem ser <u>instruídos</u> e <u>treinados</u> para prestar todos os cuidados que a criança com gastrostomia necessita, bem como <u>conhecer</u> os sinais de alerta.</p> <p>A elaboração e entrega de <u>um guia</u> para os pais, permite garantir um</p> |

| | | | |
|--|--|--|---|
| <p>Lewis, M & Patenaude, Y.</p> | <p><i>Ostomia Gástrica</i></p> | <p>comuns que requerem gastrostomia para manter o estado nutricional da criança.</p> <p>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.</p> | <p>conhecimento ideal, ao poder ser levado para casa.</p> <p>Resultados:</p> <p>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.</p> |
| <p>1976, Alemanha. Bishop, W & Head, J.</p> | <p>Care of the infant with a stoma.</p> <p>The American Journal of Maternal Child Nursing</p> <p><i>Ostomia Intestinal</i></p> | <p>Revisão de literatura</p> <p>Amostra: não se enquadra no estudo</p> <p>Objetivo:</p> <p>Descrever os cuidados de enfermagem aos recém-nascidos que são submetidos a</p> | <p>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</u> e <u>instrução</u> oral, seguido de <u>treino</u> progressivo, levando à transição do hospital para casa.</p> |

| | | | |
|---|---|--|--|
| | | ostomias intestinais, incluindo os países. | <p>Resultados:</p> <p>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.</p> |
| 2019, Brasil. Severo, V, Santos, R, Neves, E, & Ribeiro, C | <p>Conhecimento prévio de cuidadoras de crianças com necessidades especiais de saúde: uma abordagem freiriana.</p> <p>Ciência, Cuidado e Saúde.</p> <p><i>Ostomia não especificada (crianças com necessidades especiais de saúde)</i></p> | <p>Estudo qualitativo</p> <p>5 mães cuidadoras de crianças com necessidades especiais de saúde</p> <p>Objetivo:</p> <p>Descrever o conhecimento prévio de cuidadoras de crianças com necessidades especiais de saúde sobre os cuidados com seus filhos.</p> | <p>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>.</p> <p>Resultados:</p> <p>A abordagem Freireana permite ampliar as possibilidades da prática de educação em saúde, que considere, valorize e respeite os</p> |

| | | | |
|---|---|---|--|
| | | | 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. Santos, A. Gomes, P. Silva, W. & Chaves | Construção e validação de cartilha educativa sobre cuidados para crianças com gastrostomia. Revista Brasileira de Enfermagem. <i>Ostomia Gástrica</i> | Estudo qualitativo metodológico Amostra: não se enquadra no estudo Objetivo: Descrever o processo de construção e validação de uma cartilha educativa direcionada a cuidadores sobre cuidados para crianças com gastrostomia. | 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 cotidianas, bem como ao uso de vocabulário e ilustrações de fácil compreensão. Resultados: 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 em saúde</u> , <u>atuação do enfermeiro</u> , <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 planeamento 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, | Effective strategies to prepare infants and families for | Revisão de literatura | <u>Planeamento</u> para uma transição segura para casa: <u>Orientação</u> e |

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>Estados Unidos da América.</p> <p>Fiske, E.</p> | <p>home tracheostomy care.</p> <p>Advances in Neonatal Care: Official Journal of the National Association of Neonatal Nurses.</p> <p><i>Ostomia Respiratória</i></p> | <p>Amostra: não se enquadra no estudo</p> <p>Objetivo:</p> <p>Fornecer uma visão global dos cuidados à criança traqueostomizada e os elementos essenciais para realizar o ensino à família.</p> | <p><u>ensino</u> antecipatório, planeamento do <u>follow-up</u>, <u>recursos comunitários</u></p> <p>Resultados:</p> <p>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 domiciliárias, <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.</p> |
| <p>2021,</p> | <p>Essential Ostomy Knowledge for Nurses: Promoting Adaptation in</p> | <p>Revisão de literatura</p> | <p>A equipa de enfermagem deve <u>encorajar</u> os cuidadores a prestarem cuidados</p> |

| | | | |
|---|--|---|---|
| <p>Estados Unidos da América.</p> <p>Stetzer, M</p> | <p>Children with New Ostomy and Their Caregivers.</p> <p>Pediatric Nursing.</p> <p><i>Ostomia Intestinal</i></p> | <p>Amostra: não se enquadra no estudo</p> <p>Objetivo:</p> <p>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.</p> | <p>específicos com o mínimo de stress possível.</p> <p>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 ensinos</u> segundo os estádios de desenvolvimento de Erikson, permitindo a promoção do enfrentamento e adaptação à nova condição.</p> <p>Resultados:</p> <p>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</p> |
|---|--|---|---|

| | | | |
|---|--|---|---|
| | | | 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, Estados Unidos da América. Schweitzer, M, Aucoin, J, Docherty, S, Rice, H, Thompson, J & Sullivan, D. | 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. | Estudo quantitativo 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 | Antes do procedimento: <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 |

| | | | |
|--|--------------------------------|-----------------------------------|---|
| | <p><i>Ostomia Gástrica</i></p> | <p>submetidas a gastrostomia.</p> | <p>necessários para os cuidados em casa.</p> <p>Educação para a alta:</p> <p>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.</p> <p><i>Follow-up:</i></p> <p><u>Chamadas telefónicas</u> para verificar e certificar que não existem preocupações com dispositivos ou nos cuidados.</p> <p><i>Follow-up</i> após 3 meses:</p> <p>Regresso do paciente para <u>ensino</u> final e <u>avaliação</u> da gastrostomia.</p> <p>Resultados:</p> <p>A implementação deste protocolo educacional resultou em melhores cuidados, maior conhecimento acerca dos cuidados, e</p> |
|--|--------------------------------|-----------------------------------|---|

| | | | |
|---|--|---|---|
| | | | 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: |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | <p>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.</p> |
| <p>2021, Estados Unidos da América. Wooldridge, A & Carter, K.</p> | <p>Pediatric and Neonatal Tracheostomy Caregiver Education with Phased Simulation to Increase Competency and Enhance Coping. Journal of Pediatric Nursing <i>Ostomia Respiratória</i></p> | <p>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.</p> | <p>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</p> |

| | | | |
|-------|---|---------------------|--|
| | | | <p>congruente com a idade da criança, num ambiente domiciliar controlado.</p> <p>Fase 4 - os familiares demonstram conforto e competência de habilidades, incluindo uma mudança completa de traqueostomia, na criança na unidade de cuidados intensivos.</p> <p>A conclusão da fase 4, apoia a preparação da família para a alta.</p> <p>Resultados:</p> <p>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.</p> |
| 2018, | Preoperative Educational Intervention Decreases | Estudo quantitativo | Implementação de um curso educacional didático sobre o tubo de gastrostomia. O |

| | | | |
|---|---|--|--|
| <p>Estados Unidos da América.</p> <p>Barry, W, Barin, E, Marshall, L, Doherty, M, Nguyen, E, McLaughlin, C, Kaplan, L, Stein, J & Jensen, A</p> | <p>Unplanned Gastrostomy-Related Health Care Utilization.</p> <p>The American Surgeon.</p> <p><i>Ostomia Gástrica</i></p> | <p>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.</p> <p>Objetivo:</p> <p>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.</p> | <p>currículo 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.</p> <p>Resultados:</p> <p>A participação da família neste curso diminuiu a utilização dos cuidados de saúde em 1 ano. Estes resultados sugerem que a educação em</p> |
|---|---|--|--|

| | | | |
|--|---|--|---|
| | | | 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 | 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 |

| | | | |
|--|---|---|--|
| | | <p>processo de educação deve incluir a família e profissionais da comunidade.</p> | <p>também um momento de aprendizagem para os vários profissionais de saúde que prestam cuidados a estas famílias.</p> <p>Resultados:</p> <p>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.</p> |
| <p>2021, Brasil.</p> <p>Bandeira, L., Silva, J., Sousa, A., & Carvalho, M.</p> | <p>Promoção do cuidado familiar ao neonato com estomia intestinal.</p> <p>Revista Enfermagem Atual In Derme.</p> <p><i>Ostomia Intestinal</i></p> | <p>Revisão de literatura</p> <p>Amostra: não se enquadra no estudo</p> <p>Objetivo:</p> <p>Identificar as estratégias de enfermagem para promoção do cuidado familiar do</p> | <p>As estratégias de enfermagem para a <u>promoção do cuidado familiar</u> foram: <u>cartilha educativa</u>, <u>redes sociais de apoio</u>, <u>vídeo educativo</u>, <u>Instruções escritas</u> e <u>reuniões de ensino</u> e <u>programa educativo</u>.</p> <p>Resultados:</p> |

| | | | |
|--|--|---|---|
| | | neonato com estomia intestinal. | As estratégias educativas são importantes para garantir a preparação e autonomia dos pais para o cuidado e consequentemente o bem-estar dos pacientes. |
| 2019, Estados Unidos da América. Prickett, K. Deshpande, A. Paschal H, Simon, D & Hebbar K | Simulation-based education to improve emergency management skills in caregivers of tracheostomy patients. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology <i>Ostomia Respiratória</i> | Estudo quantitativo quasi-experimental 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. | 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 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 |

| | | | |
|---|---|---|--|
| | | | <p>verificado e repostado se necessário.</p> <p>Resultados:</p> <p>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.</p> |
| <p>2016, Irão.</p> <p>Goudarzi, Z, Askari, M, Seyed- Fatemi, N, Asgari, P</p> | <p>The effect of educational program on stress, anxiety and depression of the mothers of neonates having colostomy.</p> <p>The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine : The Official</p> | <p>Estudo quantitativo</p> <p>Ensaio clínico</p> <p>42 mães: 21 grupo experimental; 21 grupo controle</p> <p>Objetivo:</p> | <p>O programa de educação inicia-se no dia a seguir à cirurgia, individualmente, durante 30-45min num total de 3 sessões.</p> <p>Nestas <u>sessões</u> são abordados todos os cuidados inerentes à presença de uma colostomia bem como</p> |

| | | | |
|--------------------------------|--|---|---|
| <p>&</p> <p>Mehran, A.</p> | <p>Journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians.</p> <p><i>Ostomia Intestinal</i></p> | <p>Demonstrar o impacto de um programa educacional para mães de crianças com colostomias, no seu empoderamento no cuidar dos seus recém-nascidos.</p> | <p>cuidados a ter no caso de surgirem complicações.</p> <p>Questões de empoderamento familiar e planeamento de viagens são também abordadas.</p> <p>Também receberam um número de <u>telefone</u> para possíveis dúvidas após as sessões de treino.</p> <p>Resultados:</p> <p>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 controle após a implementação</p> |
|--------------------------------|--|---|---|

| | | | |
|---|--|---|---|
| | | | 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. Oberwaldner, B & Eber, E. | Tracheostomy care in the home. Paediatric respiratory reviews. <i>Ostomia Respiratória</i> | Revisão de literatura Amostra: não se enquadra no estudo Objetivo: Descrever os cuidados a ter com a criança traqueostomizada bem como promover um programa estruturado e detalhado de ensino aos pais/cuidadores | <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 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. |

| | | | |
|----------------------------------|--|-----------------------|--|
| | | | <p>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.</p> <p>Resultados:</p> <p>Cuidar de uma criança com traqueostomia crônica em casa é um desafio que pode ser enfrentado com confiança através da presença de um <i>kit</i> 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.</p> |
| 2011, Estados Unidos da América. | Tracheostomy in infants: parent education for home care. | Revisão de literatura | <p><u>Capacitar</u> os pais com habilidades para cuidar do filho traqueostomizado de</p> |

| | | | |
|-----------|---|---|---|
| Joseph, R | <p>Neonatal Network : NN.</p> <p><i>Ostomia</i> <i>Respiratória</i></p> | <p>Amostra: não se enquadra no estudo</p> <p>Objetivo:</p> <p>Ajudar os enfermeiros na preparação dos pais de crianças com traqueostomia na promoção de cuidados seguros e de qualidade após a alta.</p> <p>Descrever o conhecimento, atitudes e habilidades que os pais devem adquirir antes da alta.</p> | <p>forma independente no domicílio.</p> <p>Os pais aprendem estas habilidades participando em <u>sessões</u>, assistindo a <u>vídeos</u>, e <u>participando</u> nos cuidados diários do bebê com os enfermeiros.</p> <p>Antes da alta os pais podem ficar 24h ou mais a <u>prestar</u> cuidados de forma independente até sentirem confiança para a alta.</p> <p>Resultados:</p> <p>O planeamento e a preparação cuidadosa da alta são a chave para uma transição bem sucedida para os cuidados domiciliários.</p> <p>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/habilidade</p> |
|-----------|---|---|---|

| | | | |
|---|--|---|---|
| | | | <p>s de cuidar, participando em sessões, assistindo a vídeos e realizando demonstrações de aquisição de habilidades nos cuidados.</p> <p>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.</p> |
| <p>2013, Estados Unidos da América. Tofil, N, Rutledge, C, Zinkan, L, Youngblood, A, Stone, J, Peterson, D,</p> | <p>Ventilator caregiver education through the use of high-fidelity pediatric simulators: a pilot study. Clinical Pediatrics. <i>Ostomia Respiratória</i></p> | <p>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</p> | <p><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.</p> |

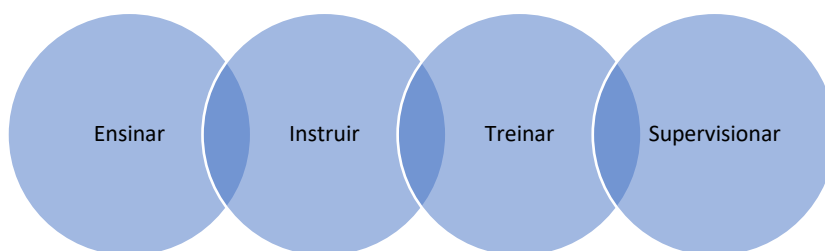
| | | | |
|---|--|---|---|
| <p>Slayton, D, Makris, C, Magruder, T & White, M.</p> | | <p>e 2 por estarem muito ocupadas)</p> <p>Objetivo:</p> <p>Programas de ventilação domiciliar foram desenvolvidos para treinar pais de crianças com necessidades especiais de saúde. São usados simuladores nos cuidados de saúde, mas não para o ensino dos pais.</p> <p>Neste estudo, pretende-se avaliar a resposta dos pais após a introdução de simuladores no Programa de Ventilação Domiciliar.</p> | <p>Fornecer <u>feedback</u> após <u>sessões de treino</u> nos simuladores para <u>reforçar</u> as habilidades corretas, <u>estimular</u> pensamento crítico e <u>promover</u> a confiança.</p> <p>Permitir que sejam <u>esclarecidas</u> dúvidas.</p> <p>Fornecer um <u>cartão de referência</u> de <u>emergência</u> para as famílias.</p> <p>Resultados:</p> <p>As famílias referiram menos stress ou medo em relação aos cuidados dos seus filhos.</p> <p>Vantagens da simulação: promove a capacidade de aprendizagem prática, a capacidade de praticar perante cenários de emergência raros bem como a realidade da simulação.</p> <p>Estes cenários ajudaram as famílias consciencializarem-se da responsabilidade</p> |
|---|--|---|---|

| | | | |
|---|--|---|---|
| | | | que é cuidar de um filho com necessidades médicas complexas no domicílio. |
| 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 lembrar de horários de cirurgia, bem como, <u>analisar</u> os vídeos e fotos enviados semanalmente pelos pais, de cuidados à ostomia. Resultados: |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | <p>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.</p> |
|--|--|--|--|

Quanto às intervenções de enfermagem, tal como é definido pela CIPE®, capacitar, nomeadamente de “*habilidades práticas associadas a treino, prática e exercício*” (ICN, 2018; Ordem dos Enfermeiros, 2016), nos pais de crianças ostomizadas, após análise de conteúdo dos artigos, surgiram 4 categorias que se desenrolam de forma encadeada, levando ao sucesso da capacitação parental (Figura 3).

Figura 3 - Categorias das intervenções de enfermagem no processo de capacitação parental.



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”.

(ICN, 2018; Ordem dos Enfermeiros, 2016)

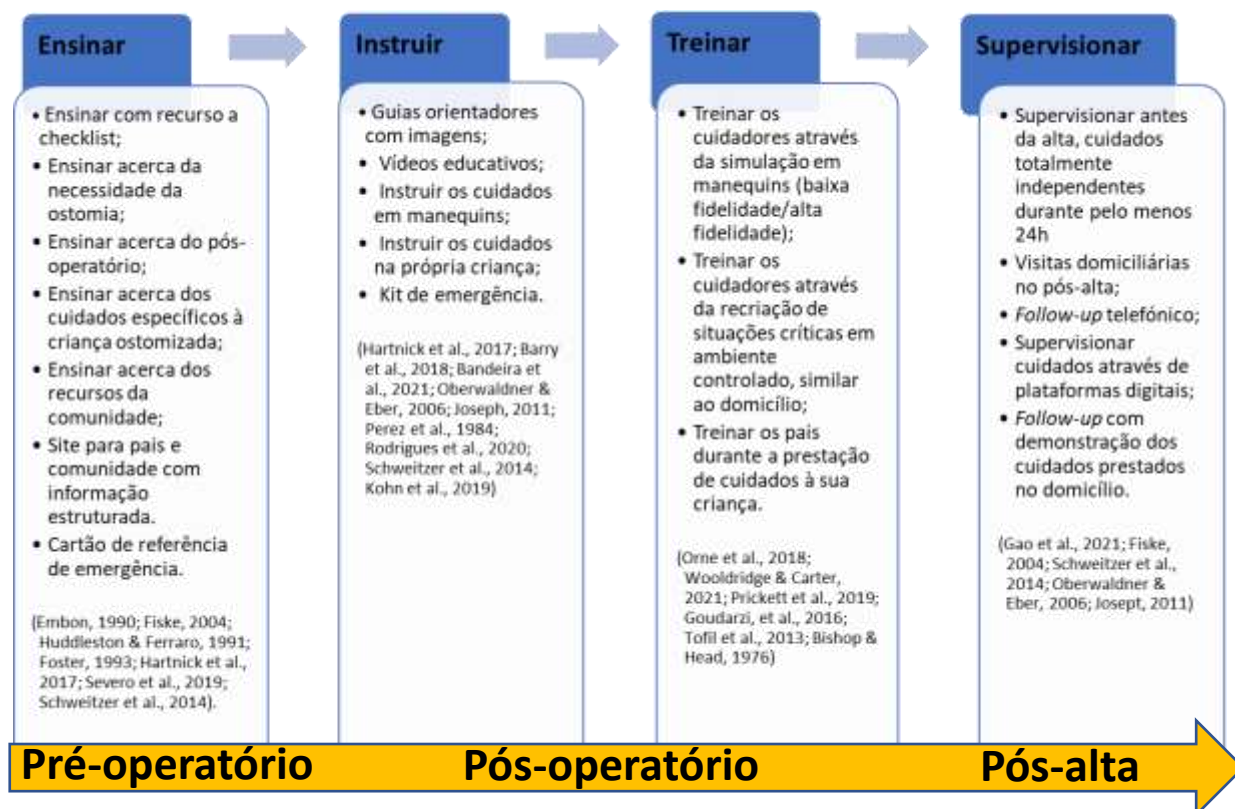
Quanto ao momento da intervenção de enfermagem com vista à capacitação dos pais/cuidadores podemos afirmar que a maioria dos estudos recomenda o seu início no pré-operatório, devendo manter-se no pós-operatório e no pós-alta, embora a maioria dos estudos apresente o seu foco de intervenção maioritariamente no pós-operatório (Gao et al., 2021; Tofil et al., 2013; Joseph, 2011; Goudarzi et al., 2016; Kohn et al., 2019; Huddleston & Ferraro, 1991; Barry et al., 2018; Stetzer, 2021; Rodrigues et al., 2020; Severo et al., 2019; Bishop & Head, 1976; Perez et al., 1984; Orne 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/cuidadores, no sentido de capacitá-los para a realização dos cuidados necessários à criança com ostomia (Hartnick et al., 2017; Bishop & Head, 1976; Severo et al., 2019; Perez et al., 1984; Hartnick et al., 2017; Foster, 1993; Schweitzer et al., 2014; Fiske, 2004; Barry et al., 2018; Embon, 1990; Stetzer, 2021; Huddleston & Ferraro, 1991; Bandeira et al., 2021; Kohn et al., 2019; Goudarzi et al., 2016; Joseph, 2011; Gao 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 et al., 1984; Rodrigues et al., 2020; Schweitzer et al., 2014; Bandeira et al., 2021; Gao et al., 2021), realização de vídeos demonstrativos (Hartnick et al., 2017; Schweitzer, 2014; Barry et al., 2018; Bandeira et al., 2021; Oberwaldner & Eber, 2006; Joseph, 2011), utilização de manequins e recurso a sessões de treino e simulação prática (Orne et al., 2018; Wooldridge & Carter, 2021; Prickett et al., 2019; Tofil et al., 2013). Estes recursos permitem uma intervenção de enfermagem eficaz, contribuindo para um empoderamento significativo dos cuidadores.

As intervenções de enfermagem que resultaram da análise de conteúdo dos 23 artigos incluídos, bem como a sua implementação durante o processo de acompanhamento da criança ostomizada e família, foram agrupadas resultando na figura 4.

Figura 4 - Intervenções de enfermagem na capacitação dos pais/cuidadores de crianças ostomizadas para a autonomia do papel parental



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 & Head, 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, 1990; Fiske, 2004; Huddleston & Ferraro, 1991; Oberwaldner & Eber, 2006; Perez et al., 1984).

Nos artigos dos últimos 5 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 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 et al., 2014; Severo et al., 2019; Hartnick et al., 2017; Orne et al., 2018; Wooldridge & Carter, 2021; Barry et al., 2018; Prickett et al., 2019; Kohn et al., 2019; Goudarzi et al., 2016; Tofil et al., 2013; Gao 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 sem dúvida 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 et al., 2018; Wooldridge & Carter, 2021; Prickett et al., 2019; Tofil 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 re-internamentos 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

Em resposta à nossa questão de revisão, podemos referir 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 de ligação 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.

Podemos referir 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. 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.

Referências Bibliográficas

1. Aromataris, E., Munn, Z. JBI Manual for Evidence Synthesis [Internet]. Aromataris, E., Munn, Z., editors. JBI; 2020. <https://wiki.jbi.global/display/MANUAL>
2. Bandeira, L., Silva, J., Sousa, A., & Carvalho, M. (2021). Promoção do Cuidado Familiar ao Neonato com Estomia Intestinal: Estratégias Educativas de Enfermagem. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 95(35). <https://doi.org/10.31011/reaid-2021-v.95-n.35-art.1156>

3. Bandura, A. (1977) *Social Learning Theory*, Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
4. 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. <https://doi.org/10.1177/000313481808401003>
5. Batalla, M., González, M., Valero, C., Cano, A., Moreno, Á., Muñoz, E. & Cardona, A. (2019). Guía de Atención Integral al niño ostomizado. Edición Coloplast Productos Médicos, S.A.. Puntos de Encuentro de Ostomía. https://elrincondelaostomia.es/wp-content/uploads/2019/01/Gu%C3%ADa_Pedi%C3%A1trica_atencion_al_ni%C3%B1o_ostomizado.pdf
6. Bishop, W. & Head, J., (1976). Care of the infant with a stoma. MCN. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 1(5), 315–319.
7. Blount, M. (2021) Pediatric Tracheostomy. *Journal of nurse life care planning*; 21(3): 9-13. ISSN 1942-4469. <https://www.aanlcp.org/wp-content/uploads/2022/12/AANLCP-Summer-2021.pdf>
8. Boat, T., Filigno, S. & Amin, R. (2017). Wellness for Families of Children with Chronic Health Disorder. *JAMA Pediatrics*, Volume 171, Nº 9, 825-826. Doi:10.1001/jamapediatrics.2017.1682
9. 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.
10. Embon, C. (1990). Ostomy care for the infant with necrotizing enterocolitis: Nursing considerations. *The Journal of perinatal & neonatal nursing*, 4(3), 56–63.

11. 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. DOI: 10.1016/j.adnc.2003.11.011

12. 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. https://www.coloplastprofessional.com/Global/CPOC_Paediatric_stoma_care_guidelines_A4_.pdf

13. Foster, M. (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. DOI: 10.1097/00152192-199311000-00010

14. Severo, V., Passos dos Santos, R., Neves, E., & Ribeiro, C. (2019). Conhecimento Prévio de cuidadoras de crianças com necessidades especiais de saúde: uma abordagem Freiriana. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 18(3), 1–8. <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v18i3.46351>

15. 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. <https://doi.org/10.1111/jpc.15399>

16. 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. DOI: 10.3109/14767058.2016.1152242

17. Huddleston, K. & Ferraro, A. (1991). Preparing families of children with gastrostomies. *Pediatric Nursing*, 17(2), 153–158. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1852499/>
18. International Council of Nurses [ICN] (2018). CIPE® - Português. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese_translation.pdf
19. Joseph, R. (2011). Tracheostomy in infants: Parent education for home care. *Neonatal Network: NN*, 30(4), 231–242. <https://doi.org/10.1891/0730-0832.30.4.231>
20. 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. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2019.03.022>
21. Lacerda, A., Oliveira, G., Cancelinha, C. & Lopes, S. (2019). Internamento de crianças com doenças crônicas complexas, *Acta Médica Portuguesa* Jul–Aug;32(7–8):488–498. <https://doi.org/10.20344/amp.10437>.
22. 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>
23. Martins, M., Pereira, V., Fangier, A. (2006) A enfermagem, a pessoa com ostomia intestinal e seus familiares. Porto Alegre (RS): Artmed
24. Monteiro, S., Carvalho, E., Medeiros, L., Silva, A. & Guilhem, D. (2018). Educação em saúde para crianças com estomias intestinais: O enfermeiro como mediador do cuidar. *Revista Pesquisa Qualitativa*. <https://doi.org/10.33361/RPQ.2018.v.6.n.10.205>

25. 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. <https://doi.org/10.5216/ree.v11.47094>
26. Oberwaldner, B., & Eber, E. (2006). Tracheostomy care in the home. *Paediatric respiratory reviews*, 7(3), 185–190. <https://doi.org/10.1016/j.prrv.2006.06.003>
27. Ordem dos Enfermeiros. (2015). 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, 2^a série, n.º 119.
28. Ordem dos Enfermeiros (2016). CIPE® Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Edição Portuguesa. https://futuresenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf
29. 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. <https://doi.org/10.4037/aacnacc2018873>
30. Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C., et al. (2021) The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 372: n.º 71. Doi:10.1136/bmj.n71.
31. Perez, R., Beckom, L., Jebara, L., Lewis, M. & Patenaude, Y. (1984). Care of the child with a gastrostomy tube: Common and practical concerns. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 7(2), 107–119. <https://doi.org/10.3109/01460868409009049>
32. Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. & Khalil, H. (2020) Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris, E., Munn, Z. (Editors). *JBI Manual for Evidence Synthesis*, JBI. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>

33. Prickett, K., Deshpande, A., Paschal, H., Simon, D. & Hebbar, K. (2019). Simulation-based education to improve emergency management skills in caregivers of tracheostomy patients. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 120, 157–161. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2019.01.020>
34. 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.
35. Rodrigues, L., Santos, A., Gomes, P., Silva, W. & Chaves, E. (2020). Construção e validação de cartilha educativa sobre cuidados para crianças com gastrostomia. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73 (3). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0108>
36. 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
37. 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.
38. 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. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2014.01.002>
39. Stetzer, M. (2021). Essential ostomy knowledge for nurses: Promoting adaptation in children with new ostomy and their caregivers. *Pediatric Nursing*, 47(2), 71-78. <https://www.proquest.com/openview/7e2be6554e26d83e4588e6d002614366/1?pq-origsite=gscholar&cbl=47659>

40. 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>
41. 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. <https://doi.org/10.1177/0009922813505901>
42. Tricco, A., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M., Garritty, C., ... Sharon, E. (2018). *PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation*. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–. doi:10.7326/M18-0850
43. Viana, I., Silva, L., Cursino, E., Conceição, D., Goes, F. & Moraes, J. (2018). Encontro educativo da enfermagem e da família de crianças com necessidades especiais de saúde. *Texto & Contexto - Enfermagem* 27(3). <https://doi.org/10.1590/0104-070720180005720016>
44. 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. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.07.011>
45. 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/ciencucuidsaude.v17i241278>.

Apêndice II - Análise SWOT contexto de UCIN

Análise das Necessidades de Melhoria dos Cuidados de Enfermagem ao RN com ostomia e Família



Após realizar a análise SWOT em relação às necessidades de melhoria dos cuidados de enfermagem ao RN com ostomia e família, encontrei pontos de convergência entre forças, fraquezas e oportunidades:

Atualização de documentação;

Atualização de conhecimentos e habilidades;

Otimização de dispositivos disponíveis;

Materiais de ensino/instrução para os pais.

Relativamente ao primeiro ponto, só é possível prestar cuidados de qualidade e segurança ao RN com ostomia de eliminação intestinal e família se se tiver por base um protocolo/norma de procedimentos que indique de forma estruturada e suportada na evidência científica mais atual, quais as intervenções de enfermagem que devem ser instituídas durante a prestação de cuidados, devendo estas ser adaptadas às necessidades particulares de cada RN e família.

Tendo em conta o segundo ponto, é essencial capacitar e empoderar a equipa de enfermagem com conhecimentos, habilidades e recursos essenciais ao cuidado do RN com ostomia de eliminação intestinal e família para que, durante a prestação de cuidados, eles próprios consigam capacitar os pais nesses mesmos cuidados.

O terceiro ponto, revela a necessidade de haver um conhecimento abrangente acerca dos dispositivos disponíveis no mercado e direcionados aos cuidados do RN com ostomia de eliminação intestinal.

O último ponto, materiais de ensino/instrução para os pais, é essencial no que diz respeito à capacitação parental. Deve existir um guia orientador para os pais quando surgem dúvidas ou alterações, tendo como recurso veículos de comunicação com a equipa. Deste modo, facilita-se a transição para o domicílio de forma segura, com um empoderamento efetivo dos pais/cuidadores.

Apêndice III – Prestação de cuidados de elevada complexidade ao RN e família com ostomia na UCIN

Prestação de cuidados de elevada complexidade ao RN e família com ostomia na UCIN ()

Durante o estágio tive a oportunidade de prestar cuidados a um RN grande prematuro e mãe, com grande complexidade e variedade de diagnósticos, nomeadamente restrição de crescimento grave, sofrimento fetal com índice Apgar 4/7/7, doença da membrana hialina grau II (ventilado), hemorragia intraventricular bilateral com hidrocefalia e perfuração cólica no 1º dia de vida. Foi submetido a uma intervenção cirúrgica ao 2º dia de vida, da qual resultou uma colostomia. Devido a complicações e agravamento da situação clínica, deu-se uma retração do estoma, provocando a sua invaginação o que levou ao seu não funcionamento. Foi então proposta ao 41º dia de vida uma revisão cirúrgica exploradora. O relato desta prestação de cuidados foi realizado nesse dia, véspera da 2ª intervenção cirúrgica.

Com o objetivo de promover a vinculação e a capacitação parental envolveu-se a mãe na globalidade dos cuidados ao bebé. Foram reforçadas e clarificadas as informações transmitidas pelas equipas de cirurgia pediátrica e neonatologia em relação ao procedimento cirúrgico. Se a situação permitisse, poderíamos ter realizado a marcação de estomas e envolver a mãe nesse procedimento, mas como iria ser uma cirurgia exploradora, tal não seria possível. A mãe assinou o consentimento informado para a intervenção cirúrgica e transfusões. Demonstrava sinais de ansiedade e preocupação pelo que foi dada a oportunidade para verbalizar as mesmas. Referiu então que sentia muito receio que a situação respiratória se agravasse, tal como tinha acontecido na cirurgia anterior. Foi tranquilizada pelo facto de o bebé já ter mais maturidade e se encontrar numa situação mais estável. Durante a realização da fisioterapia respiratória, ficou combinada a vinda antecipada da fisioterapeuta no dia da cirurgia, com vista à permeabilização das vias aéreas, promovendo uma maior estabilidade respiratória, o que também foi comunicado à mãe.

No final da prestação dos cuidados de higiene ao bebé, foi negociado com a mãe a colocação do bebé ao colo. Durante o momento do colo, foi explicado à mãe como

é que o RN viria do bloco operatório, como é que seriam os cuidados, foram mostrados os dispositivos de ostomia mais adequados ao tamanho do RN. A mãe foi colocando as suas dúvidas e ansiedades às quais fomos dando resposta. Uma das preocupações da mãe era sobre a diminuição da produção de leite materno, pelo que lhe foram transmitidas estratégias promotoras da lactação. No final a mãe verbalizou ter ficado mais esclarecida, mais confiante menos ansiosa e preocupada com a intervenção cirúrgica.

Durante a prestação de cuidados de elevada complexidade ao RN com ostomia e família na UCIN, foram aprofundadas competências comuns do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019b). Nesta abordagem a nossa prática profissional foi de acordo com a deontologia profissional (A1), suportando as decisões de abordagem no conhecimento e experiência anteriores (A1.1.). Foi garantida uma prática de cuidados com respeito pelos direitos humanos e as responsabilidades profissionais (A2), assegurando o direito no acesso à informação (A2.1.2), e à confidencialidade e segurança da informação adquirida enquanto profissional (A2.1.3.), procurando durante os momentos de partilha de informação e sentimentos, a existência de privacidade para os mesmos.

Foram ainda desenvolvidas competências específicas do EEESIP (Ordem dos Enfermeiros, 2018). No que diz respeito ao *assiste a criança com a família, na maximização da sua saúde*, podemos afirmar que foi implementado em parceria com a mãe um plano de cuidados, promotor da parentalidade (E1.1), que levou a mãe à participação no processo de cuidar (E1.1.1), especialmente na realização do banho. Para que tal acontecesse foi estabelecida uma relação terapêutica, tendo por base uma comunicação adequada (E.1.1.2) e utilizadas estratégias motivadoras para que a mãe assumisse o seu papel (E.1.1.3). Foram proporcionados conhecimentos e aprendizagem de habilidades através da visualização de dispositivos de ostomia e explicação acerca do seu funcionamento, facilitando no futuro o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos de doença (E1.1.4), aproveitando a oportunidade para trabalhar com a mãe no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde (E1.1.5). Outra competência mobilizada foi prestar *cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança*. Deste o início da abordagem, foi negociado o envolvimento da mãe na prestação de cuidados

(E3.2.6), fomentando a parentalidade (E3.2.1). Promoveu-se a interação mãe/RN (E3.1.1), utilizando o contacto físico (E3.2.4), como o colo. Desta forma, recorreu-se à interação com o RN (E3.2.2), potenciando não só a vinculação (E3.2), mas também o desenvolvimento e crescimento do RN (E3.1).

Ao longo desta prestação de cuidados foi fundamental uma escuta ativa (E3.3.1), por forma a que a mãe conseguisse verbalizar as suas dúvidas e receios (E3.3), tal como aconteceu em relação à lactação (E3.2.5), permitindo que, desta forma, a mãe fosse devidamente esclarecida e ficasse mais tranquila e confiante de que tudo iria correr bem.

Apêndice IV - Guia Prático dos Cuidados ao(s) Estoma(s) do seu Bebê

Guia Prático dos Cuidados ao(s) Estoma(s) do seu Bebê



Fonte: Banco de Imagens do Microsoft 365

Setembro de 2022

Índice

| | |
|--|----|
| Introdução | 2 |
| Qual o material necessário? | 3 |
| Qual o momento mais adequado? | 4 |
| Como remover o saquinho? | 6 |
| Como limpar a pele e o(s) estoma(s)? | 8 |
| Como recortar a placa? | 11 |
| Como preparar a pele? | 12 |
| Como colocar o saquinho? | 15 |
| Como despejar o saquinho? | 17 |
| Como obter o material necessário? | 19 |
| Glossário | 20 |
| Como esclarecer dúvidas? | 21 |
| Referências Bibliográficas | 21 |

1

Introdução

Agora que chegou a casa com o seu bebê, aproveite finalmente este momento tão esperado!

Este guia serve para que, em caso de dúvidas acerca da troca do saquinho de ostomia do seu bebê, tenha um instrumento que o possa ajudar.

É um guia prático, com imagens exemplificativas passo-a-passo, de como cuidar do seu bebê.

2

Qual o material necessário?

Reúna todo o material que poderá necessitar:

- ✓ Tesoura de pontas curvas
- ✓ Fralda
- ✓ Água morna ou Soro fisiológico morno (37°C)
- ✓ Compressas suaves (tecido não tecido)
- ✓ Molde
- ✓ Placa + saquinho (se for dispositivo de 2 peças)
- ✓ Saquinho (se for dispositivo de 1 peça)
- ✓ Outros acessórios que já use como pó cicatrizante, anel moldável, protetor cutâneo, etc.



Tenha todo o material de que vai necessitar perto de si.

Não corra o risco de ter que interromper a mudança do saquinho. Não deixe o seu bebê sozinho!

3

Qual o momento mais adequado?

A troca do saquinho deve ser realizada sempre que necessário, mas de preferência durante o banho.

A água morna do banho facilita a remoção do saquinho e permite que a pele descanse.

Tenha em atenção, não use soluções oleosas na altura do banho, pode dificultar a aplicação da placa.

Se optar por dar banho com o saquinho, tenha em atenção que deve proteger o filtro do saquinho (caso o tenha), para que este se mantenha a funcionar.



No final seque muito bem o saquinho e remova a proteção.

4

Crie um espaço com temperatura agradável (cerca de 20°C) para manter o bebé quente.

Se tiver alguém que possa ajudar a aconchegar e confortar o bebé enquanto muda o saquinho será mais fácil!



Se não tiver ajuda de outra pessoa para o segurar, use um lençol ou fralda de pano para o aconchegar enquanto muda o saquinho.

Se o bebé usa chucha ofereça-a para o manter calmo.

Use música ambiente (mobile, caixinha de música, etc.) para distrair o seu bebé enquanto troca o saquinho!

Em alternativa, fale com o seu bebé tranquilamente, explicando tudo o que está a fazer, dessa forma consegue estimular a interação e o desenvolvimento!

5

O saquinho pode ficar colocado na pele, durante 2 a 3 dias!

Não deixe o saquinho na pele mais que 4 dias!

Lave as mãos!

Se preferir use luvas não esterilizadas!

Como remover o saquinho?

Comece por remover, com a ajuda de compressas suaves embebidas em água morna ou soro fisiológico aquecido (37°C), a placa, de forma cuidadosa, de cima para baixo.



6

Com uma mão faça pequena tração na pele, na região superior da placa e com a outra mão remova cuidadosamente a placa para não ferir a pele.



Observe a parte de trás da placa.

Procure sinais de infiltração de fezes por baixo da placa.

Essa informação irá indicar o local onde necessita aplicar com mais atenção pó cicatrizante, ou anel nivelador.



7

Como limpar a pele e o(s) estoma(s)?

Limpe a pele e o(s) estoma(s) com compressas suaves embebidas em água morna ou soro fisiológico morno.

Não use toalhetas! – São agressivas!

Seque a pele muito bem de forma cuidadosa com compressas ou toalha suaves.



Observe a pele e o(s) estoma(s).

Verifique se a pele está íntegra, sem feridas ou muito vermelha.

Se a pele apresentar pequenos pontos sangrantes e/ou ficar muito vermelha:

1.º verifique se o molde está correto (sem pele visível) – realize novo molde se necessário;

2.º aplique o pó cicatrizante (ver: Como preparar a pele?)

8

Se mantiver as alterações, entre em contacto com a UCIN!

Verifique se o(s) estoma(s) está vermelho/rosado e húmido, esse é o aspeto normal!



Por vezes o(s) estoma(s) pode sangrar ligeiramente quando é limpo, não se assuste!

O(s) estoma(s) é formado por muitos vasos sanguíneos, por isso pode sangrar com alguma facilidade.

Aplique uma compressa com água fria sobre o(s) estoma(s) ou pó cicatrizante e remova o excesso com uma compressa suave, para parar de sangrar.

Se não parar de sangrar, entre em contacto com a UCIN!

9

Devo manter o molde?

Verifique o tamanho do(s) estoma(s) com o molde que já tem.

O molde deve encaixar no(s) estoma(s) sem deixar pele visível.



O seu bebé está a crescer, por isso, tem que ter em atenção que o tamanho do(s) estoma(s) pode alterar-se.

Sempre que o molde já não se encontre adequado, terá que realizar novo molde!



10

Use a película de proteção da placa para desenhar com uma caneta o novo molde.



Se tiver dúvidas contacte a UCIN!

Como recortar a placa?

Recorte a placa com a tesoura de pontas curvas, seguindo o molde correto!



11

Alise com o dedo o recorte para que a placa não fique com arestas que possam magoar o(s) estoma(s).



Como preparar a pele?

Depois de estar a pele bem seca, se necessário aplique os acessórios recomendados pela equipa de enfermagem.

Se a pele têm:

- pontos sangrantes;
- feridas;
- muito vermelha.

Use – Pó Cicatrizante

12

Aplique o pó diretamente na pele.

Remova o excesso com uma compressa suave.

Aplique protetor cutâneo em spray.

Deixe secar.

Aplique a placa/saquinho.



Se a pele têm:

Pregas e/ou zonas desniveladas por onde se infiltram as fezes

Use – Anéis moldáveis/tiras niveladoras

13

Aqueça o anel ou a tira na palma das mãos e molde-o(a), como se fosse plasticina.

Aplique diretamente na pele ou na placa.

Aplique a placa/saquinho.



14

Como colocar o saquinho?

Se dispositivo de 1 peça – placa e saco juntos!

Aquecer a placa por fricção nas mãos.

Remover a película.

Aplicar de baixo para cima.

Massajar suavemente com ligeira pressão.



15

Se dispositivo de 2 peças – placa + saco!

Aquecer a placa por fricção nas mãos.

Remover a película.

Aplicar a placa de baixo para cima.

Aplicar o saquinho de baixo para cima.

Massajar suavemente com ligeira pressão.



16

Como despejar o saquinho?

Sempre que o saquinho estiver cheio em cerca de 1/3 da sua capacidade, deve despejar ou trocar, caso não dê para despejar.



Tenha em atenção que ao ficar cheio, o saquinho também fica mais pesado e tem tendência para descolar.

No final, lave bem as mãos!

Vista o seu bebé!

17

Use de preferência bodies que mantêm o saquinho mais protegido.

Arrume todo o material!

Aproveite para dar muitos mimos e colinho!

Lembre-se!

Sempre que sair com o seu bebé, leve um **kit de segurança** com todo o material necessário aos cuidados ao(s) estoma(s).

(Large et al., 2020; Stetzer, 2021; WOCN [®], 2011)



18

Como obter o material necessário?

Todo o material necessário (saquinho, placa, acessórios) é 100% participado!

Sempre que for ao médico leve as referências do material que está a usar.

Qualquer médico (Cirurgião pediátrico, Neonatologista, Médico de família) consegue emitir a receita eletrónica, desde que introduza as referências corretas.

Qualquer farmácia em Portugal pode fornecer o material prescrito.

Poderá ter que esperar entre 24h a 48h pela entrega do material.

19

Glossário

Estoma – Parte visível do intestino, que é cirurgicamente colocada na pele da barriga do bebé.

Dispositivo ou Saquinho – Sistema constituído por saco e placa usado na colheita de fezes pelo estoma.

Dispositivo de 1 peça – sistema constituído por placa e saco integrados num só.

Dispositivo de 2 peças – sistema constituído por placa + saquinho.

Placa – parte do sistema que é adaptada à pele e na qual se conecta o saquinho

Pele Peri-estoma – área de pele que rodeia o estoma.

20

Como esclarecer dúvidas?

Pode ainda consultar informação válida através da aplicação



Em caso de dúvidas e esclarecimentos **contacte a UCIN** através do telefone [REDACTED].

Referências Bibliográficas

Large, B., England, R., Morris, M.-A., & Briars, G. (2020). *Clinical Guideline for the Management of stoma output in neonates and infants.*

Stetzer, M. (2021). Essential Ostomy Knowledge for Nurses: Promoting Adaptation in children with new ostomy and their caregivers. *Nursing Continuing Professional Development*, 47(2), 71–78.

WOCN ®. (2011). *PEDIATRIC OSTOMY CARE BEST PRACTICE FOR CLINICIANS.*

Elaborado por:

Enf.ª Joana Cereja, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica—Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação da EEESIP e [REDACTED] Sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Ramos.

21

Apêndice V - Manequim *low cost* elaborado pela autora UCIN

Figura 6 - Manequim *low cost* vestido



Figura 7 - Manequim *low cost* com estomas de silicone



Figura 5 - Manequim *low cost* com dispositivos de ostomia adaptados



**Apêndice VI - Formulário para avaliação do "Guia Prático dos Cuidados
ao(s) Estoma(s) do seu Bebê"**

Avaliação do Guia Prático dos Cuidados ao Estoma(s) do seu Bebê

Peço a sua colaboração na avaliação do "**Guia Prático dos Cuidados ao(s) Estoma(s) do seu Bebê**", realizado como material educativo para os pais. Irá demorar uns breves minutos. Este Guia foi realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica—Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde e irá ficar disponível após aprovação, para a equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais ceder aos pais/cuidadores.

Pretendo que avalie se as mensagens principais estão presentes no guia, se a linguagem está clara, se a informação está adequada e se as recomendações estão completas e corretas.

Obrigada pela sua disponibilidade!

Avaliação da mensagem principal como apelo à ação

1. O material contém uma declaração de mensagem principal?

Uma mensagem principal é o conteúdo que se deseja comunicar a uma pessoa ou grupo.

Sim

Não

2. A mensagem principal está no início ou na frente do material?

A mensagem principal deve estar no primeiro parágrafo ou seção.

Sim

Não

3. A mensagem principal é enfatizada com dicas visuais?

Exemplo: Realço da cor das letras, títulos, sublinhados.

Sim

Não

4. O material contém pelo menos uma imagem visual que transmita ou suporte a mensagem?

Sim

Não

5. O material inclui um ou mais apelos à ação?

Sim

Não

Idioma

6. Tanto a mensagem principal como o texto usam a voz ativa?

Sim

Não

7. O material usa sempre palavras que o público-alvo conhece/usa?

Se os termos específicos ou desconhecidos forem explicados ou descritos, responda sim.

Sim

Não

Design de Informação

8. O material usa listas com marcadores ou numerados?

Sim

Não

9. O material está organizado em blocos com títulos?

Sim

Não

10. As informações mais importantes estão resumidas no início de cada secção?

Sim

Não

Estado da Ciência

11. O material explica quais são as fontes especialistas no assunto e o que sabem e não sabem sobre o assunto?

Sim

Não

Recomendações Comportamentais

12. O material inclui uma ou mais recomendações para o público-alvo?

Sim

Não

13. O material explica porque as recomendações são importantes?

Sim

Não

14. As recomendações incluem orientações específicas sobre como realizar o comportamento?

Sim

Não

Comentários/Sugestões de melhoria

Apêndice VII - Resultado da Avaliação do “Guia Prático dos Cuidados ao(s) Estoma(s) do seu Bebê”

Avaliação do Guia Prático dos Cuidados ao(s) Estoma(s) do seu Bebê

Peço a sua colaboração na avaliação do "Guia Prático dos Cuidados ao(s) Estoma(s) do seu Bebê", realizado como material educativo para os pais. Irá demorar uns breves minutos. Este Guia foi realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica—Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde e irá ficar disponível após aprovação, para a equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais ceder aos pais/cuidadores. Pretendo que avalie se as mensagens principais estão presentes no guia, se a linguagem está clara, se a informação está adequada e se as recomendações estão completas e corretas. Obrigada pela sua disponibilidade!

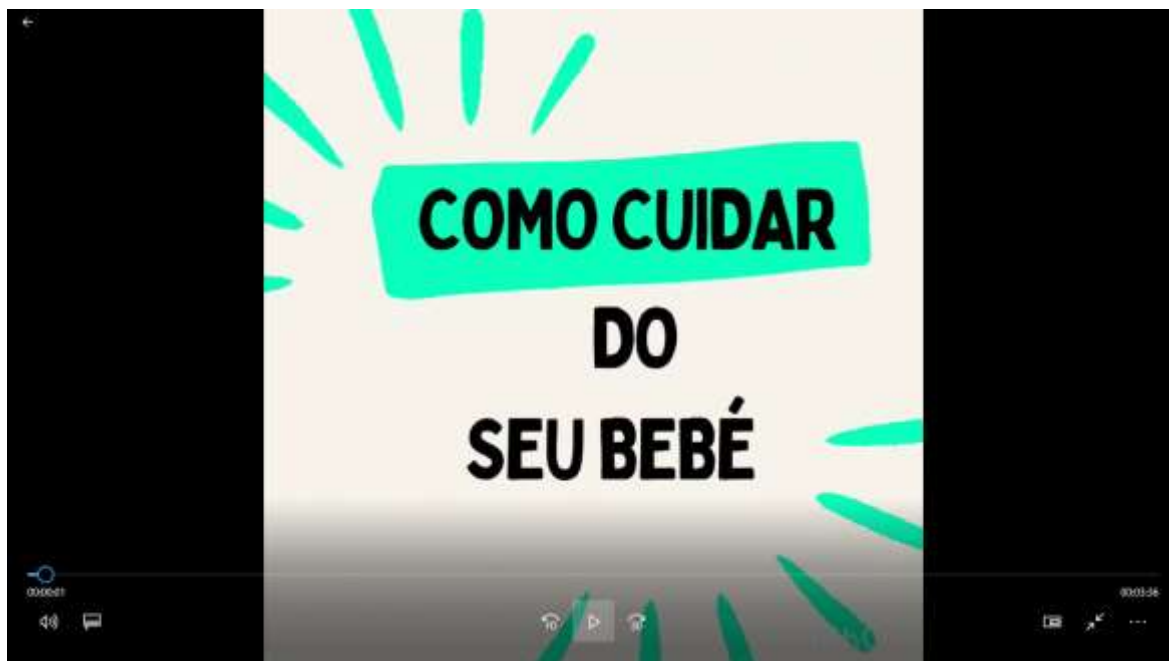
| Questões | Respostas de Indivíduos | | | | | |
|---|-------------------------|---|---|---|---|---|
| Parte A: Núcleo Os itens desta seção (1-11) aplicam-se a todos os materiais. | A | B | C | D | E | F |
| | | | | | | |
| Avaliação da mensagem principal como apelo à ação | | | | | | |
| 1. O material contém uma declaração de mensagem principal? <i>Uma mensagem principal é o conteúdo que se deseja comunicar a uma pessoa ou grupo.</i> | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 2. A mensagem principal está no início, no início ou na frente do material? <i>A mensagem principal deve estar no primeiro parágrafo ou seção.</i> | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 3. A mensagem principal é enfatizada com dicas visuais? <i>Exemplo: Realço da cor das letras, títulos, sublinhados.</i> | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 4. O material contém pelo menos uma imagem visual que transmita ou suporte a mensagem principal? <i>Por exemplo, conte fotografias, desenhos de linha, gráficos e infográficos como recursos visuais.</i> | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |

| | | | | | | |
|--|--------------|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 5. O material inclui um ou mais apelos à ação para o público-alvo? <i>Se o material incluir uma recomendação comportamental específica, uma solicitação para obter mais informações, uma solicitação para compartilhar informações com outra pessoa ou um amplo pedido de mudança, responda sim.</i> | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Idioma | | | | | | |
| 6. Tanto a mensagem principal, como o texto usam a voz ativa? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 7. O material usa sempre palavras que o público-alvo conhece/usa? <i>Se todos os termos especializados ou desconhecidos forem explicados ou descritos na primeira vez que forem usados, responda sim.</i> | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Design de Informação | | | | | | |
| 8. O material usa listas com marcadores ou numeradas? | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 9. O material está organizado em blocos com títulos? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 10. As informações mais importantes estão resumidas no início de cada seção? <i>As informações mais importantes devem incluir a mensagem principal. Uma seção é um bloco de texto entre títulos.</i> | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Estado da Ciência | | | | | | |
| 11. O material explica quais são as fontes especialistas no assunto e o que sabem e não sabem sobre o assunto? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Pontuação da Parte A Total _____ / 11 | 0,909 | 0,727 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | 91% | 73% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| | | | | | | 94% |
| Parte B: Recomendações Comportamentais. | | | | | | |
| 12. O material inclui uma ou mais recomendações comportamentais para o público principal? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |

| | | | | | | | |
|---|-------------|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| 13. O material explica por que as recomendações comportamentais são importantes para o público-alvo? | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| 14. As recomendações comportamentais incluem orientações específicas sobre como realizar o comportamento? <i>Isso pode incluir instruções passo a passo ou uma descrição simples.</i> | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| Pontuação da Parte B Total _____ / 3 | 1 | 0,667 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| | 100% | 67% | 100% | 100% | 100% | 100% | 94% |

| | | | | | | | |
|--|------------|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| Calcular a pontuação para o material 1) TOTAL DE RESPOSTAS (A+B) | 13 | 11 | 14 | 14 | 14 | 14 | |
| 2) TOTAL DE PONTOS POSSÍVEIS (A+B) | 14 | 14 | 14 | 14 | 14 | 14 | |
| TOTAL GLOBAL EM PERCENTAGEM 1) / 2) X 100 | 93% | 79% | 100% | 100% | 100% | 100% | 95% |

Apêndice VIII - Vídeo exemplificativo para os pais/cuidadores de RN com ostomias intestinais



Neste vídeo é exemplificado passo-a-passo a realização de novo molde, recorte da placa, aplicação de pó cicatrizante e spray protetor (técnica de *crusting*), aplicação de tiras niveladoras, bem como a aplicação de novo dispositivo.

Link de acesso:

https://drive.google.com/file/d/1eIWizqkcAs5wfsT01yYO_HOdeTKzC379/view?usp=share_link

Apêndice IX - Reflexão sobre uma situação de prática clínica na UCIN



Reflexão sobre uma situação de prática clínica: Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Regente da UC:

Prof.ª Doutora Margarida Lourenço

Docente:

Prof.ª Doutora Sílvia Ramos

Enfermeira Orientadora:

Mestre e EEESIP [REDACTED]

Discente:

Joana Cereja, n.º 192009036

Lisboa

Setembro, 2022

Índice

| | |
|-----------------------------------|-----|
| Introdução:..... | 161 |
| Descrição da Situação: | 162 |
| Sentimentos e Pensamentos:..... | 164 |
| Avaliação: | 164 |
| Análise: | 165 |
| Conclusão: | 166 |
| Planeamento da Ação: | 167 |
| Referências Bibliográficas: | 169 |

Introdução:

No decorrer do estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, tive a oportunidade de participar na prestação de cuidados ao RN de alto risco e família.

Decidi descrever a seguinte situação de prática clínica, apesar de não englobar o RN com ostomias intestinais e família, porque considero ter sido uma situação que requereu a mobilização de competências e gestão de sentimentos, no cuidado ao RN de alto risco e família, dando-me a oportunidade de estabelecer com esta família uma relação terapêutica, o que me proporcionou o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Esta reflexão tem por base o Ciclo Reflexivo de Gibbs (1988), estando estruturada da seguinte forma:

Descrição da situação – descrevo o mais detalhadamente, o acompanhamento do RN de alto risco e família;

Sentimentos e pensamentos – descrevo as dificuldades que senti e perante o decorrer do acompanhamento que sentimentos surgiram;

Avaliação – descrevo o que correu bem e o que correu menos bem;

Análise – é feito o enquadramento das Competências do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica na prestação de cuidados ao RN de alto risco e família;

Conclusão – é feito um enquadramento do referencial teórico “O processo de empoderamento nas mães de crianças com doenças crónicas” de Gibson (1995) na prestação de cuidados ao RN de alto risco e família;

Planeamento da ação – é feito uma reavaliação da situação prática;

Referências bibliográficas – usadas para fundamentar a reflexão.

Descrição da Situação:

A situação de prática clínica acontece com um RN de alto risco e família. Para contextualização da situação importa referir que o RN em questão nasceu de termo (IG 39s+1d), peso ao nascer 3140g, parto eutócico, durante o qual sofre asfixia neonatal grave, na qual resultou encefalopatia hipóxico-isquémica grave, com convulsões de difícil controlo, anemia fetal grave por transfusão feto-materna gravíssima (> a 80% da volémia fetal), apresentando ainda trombocitopenia e alterações da coagulação. Após o nascimento foi colocado durante 4 dias em hipotermia induzida na tentativa de diminuição da lesão neuronal.

Com 11 dias de vida o RN é transferido para a nossa UCIN para realização de exames complementares de diagnóstico (RNMCE, EEG, ECO TF) e colocação de cateter central.

À chegada, encontrava-se ventilado, foi submetido a colocação de cateter central e foram realizados exames complementares de diagnóstico, que revelaram extensa lesão cerebral, com prognóstico muito reservado.

Foi realizada uma reunião multidisciplinar com os pais, onde foi esclarecida a gravidade da situação clínica, devido às lesões cerebrais e possíveis sequelas futuras. Os pais pareceram ter entendido, acordaram com a equipa médica a decisão de não tentar reanimar.

Foi decidido então pela equipa médica a extubação compassiva em fim de vida, por se considerar que a manutenção da ventilação apresentava mais dano que benefício, tendo os pais pedido para estar presentes durante o procedimento.

A situação é passada durante o turno da manhã, no 18º dia de vida do RN.

Na passagem de turno, a colega refere que os pais se encontram pouco comunicativos com a equipa de enfermagem, aparentando desconfiança em relação à prestação de cuidados, embora só o tenham verbalizado com a equipa médica. O RN estava ventilado, hemodinamicamente estável e com respiração espontânea, pelo que a equipa médica ponderou realizar a extubação do RN durante a manhã.

Logo no início da manhã, a equipa médica aborda-nos no sentido de quererem realizar a extubação o mais rápido possível. Começámos a preparar todos os materiais para todos os cenários possíveis, preparámos ventilação não invasiva, suporte de O2 nasal, e até material para nova entubação endotraqueal apesar da decisão já conhecida.

A equipa médica contactou os pais para poderem estar presentes e aguardou-se.

Neste período de espera fomos prestando os cuidados globais ao RN, estando este ativo e reativo, com olhar dirigido, por vezes com alguns movimentos anómalos, devido à hiperexcitabilidade da manipulação, como tremores e mastigação. Ainda assim, sem qualquer sinal de dor ou desconforto.

À chegada, os pais estavam visivelmente transtornados, com a sensação de que seria uma despedida. Com o intuito de lhes proporcionar privacidade, devido ao facto da unidade ser *open space* foi pedido aos pais dos outros RN para saírem durante uns breves momentos.

Na tentativa de redução da ansiedade, foi explicado aos pais de forma calma, mas clara, todos os passos e cenários que poderiam ocorrer, garantindo-lhes que iríamos estar atentos aos sinais de desconforto e iríamos agir para os minimizar. Parecia-nos, tendo em conta todos os sinais de estabilidade respiratória, que o RN iria conseguir respirar espontaneamente.

Os pais desabaram nesse momento, muito chorosos, mas também aliviados, pois achavam que o RN iria morrer. Foi-lhes dado espaço para que verbalizassem todas as dúvidas e medos. De seguida procedeu-se à remoção do tubo endotraqueal, o RN foi aspirado e, com a colaboração dos pais realizaram-se aerossóis para diminuir o edema a nível da laringe, e foram colocados óculos nasais apenas para conforto e por prevenção. Todas estas intervenções foram explicadas aos pais à medida que iam sendo realizadas.

O RN ficou sempre calmo, sem sinais de dificuldade respiratória, pelo que foi combinado então com os pais, se estes tivessem de acordo, que na próxima manipulação poderiam pegar no bebé ao colo. Assim foi, na manipulação seguinte os pais estavam presentes pelo que a mãe foi incentivada a colaborar nos cuidados, nomeadamente na troca da fralda, que aceitou prontamente. De seguida o RN foi colocado no colo da mãe, tendo sido oferecida chucha ao RN e tendo-se verificado o reflexo de sucção vigoroso.

Os pais permaneceram com o RN ao colo cerca de 2h, durante as quais deram mimos estando visivelmente felizes. Foi dada ainda a oportunidade de as avós poderem visitar o RN e apoiarem os pais nesta etapa. No final do turno o RN foi colocado na incubadora e verificado o seu conforto e os pais foram descansar até à próxima manipulação.

Sentimentos e Pensamentos:

Esta situação foi bastante impactante a nível emocional, obrigando a uma grande gestão das emoções: receio, de que a extubação não corresse bem e que o RN entrasse em paragem respiratória, com todo o aparato que isso iria implicar, a nível de intervenções de enfermagem, preocupação, sofrimento e dor por aqueles pais que sentiram que iriam perder o seu bebé, impotência por não conseguir minimizar a sua angústia e sofrimento.

E por fim alguma alegria, por conseguir promover uma vinculação e desempenho do papel parental desejado pelos pais, permitindo àquela família o envolvimento nos cuidados ao RN, mesmo num momento de grande ansiedade.

Avaliação:

Analisando a situação ao pormenor, considero que de facto toda a situação correu o melhor possível, com um suporte e acompanhamento no imediato, tendo em conta os constrangimentos da mesma.

O sentimento de impotência levou-me a querer aprofundar esta problemática e aperceber como o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica pode ter um papel diferente no acompanhamento destas situações que, infelizmente, são muito frequentes na unidade em questão.

Percebi que, previamente à extubação, deveria ter existido um planeamento e acompanhamento centrado na vivência e otimização da parentalidade, com o envolvimento da equipa multidisciplinar e com os pais.

Este planeamento teria permitido aos pais experienciado o momento da extubação de forma mais planeada, rodeados das pessoas mais significativas para eles, bem como apoio nas suas crenças religiosas ou outras, e permitido a realização de rituais e memórias que fossem significativas para a família.

Se tal tivesse acontecido, o momento da extubação teria certamente sido vivenciado com menor ansiedade tanto pelos pais como pela equipa multidisciplinar.

Análise:

Na prestação de cuidados ao RN de alto risco e família, foram mobilizadas competências do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica (Ordem dos Enfermeiros, 2018). A competência, *cuida da criança e família nas situações de especial complexidade* foi nesta situação evidente, permitindo mobilizar conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória, demonstrando conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico, assim como conhecimentos e capacidades facilitadores do processo de luto. A *competência assiste a criança com a família, na maximização da sua saúde* também foi desenvolvida através da implementação, em parceria com os pais, de um plano de cuidados promotor da parentalidade, utilizando estratégias motivadoras para a assunção dos papéis da família, proporcionando conhecimento e aprendizagem de habilidades, facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos cuidados. A *competência presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança*, também foi mobilizada, demonstrando conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a família, no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura, facilitando a comunicação expressiva de emoções. Foi ainda promovida a vinculação, demonstrando conhecimentos sobre competências do RN para promover o comportamento interativo, utilizando estratégias promotoras de esperança realistas, promovendo o contacto físico pais/RN através do colo, negociando com estes o seu envolvimento na prestação de cuidados.

Conclusão:

O referencial teórico do processo de empoderamento descrito por Cheryl Gibson, “O processo de empoderamento nas mães de crianças com doenças crônicas” (Gibson, 1995), pode ser incluído na análise desta situação.

Este referencial teórico, descreve o processo de empoderamento em quatro fases, interdependentes e sobrepostas, sendo descritas como: pré-condição, processo, resultados e consequências.

A primeira fase denominada de “pré-condição”, a vinculação, o amor, o comprometimento e a responsabilidade pela criança, motivam e sustentam o processo de empoderamento.

A segunda fase denominada de “processo”, é composta por quatro componentes: a descoberta da realidade, na qual as mães procuram informações acerca do estado de saúde do seu filho e assumem a responsabilidade sobre o cuidado; reflexão crítica, as mães refletem acerca da realidade e realizam mudanças nas suas vidas, desenvolvem uma sensação de poder pessoal adquirindo confiança nos seus conhecimentos para enfrentar a situação; assumir o controle, as mães advogam a favor do filho, interagem com os profissionais de saúde e são firmes nos cuidados com vista às necessidades do seu filho ; assegurar, as mães confiam nas suas competências e capacidades, mantendo a sensação de poder mesmo durante as mudanças de circunstâncias.

Em todo este processo, existe a frustração, este fator é uma força poderosa que leva as mães a descobrir a realidade, a refletir sobre a situação e atuar com vista à mudança, mantendo a sensação de poder pessoal. É descrito que nesta fase existem fatores influenciadores intrapessoais de cada mãe, como a experiência, a determinação, crenças, valores e suporte social.

A terceira fase denominada de “resultado”, as mães participam ativamente nos cuidados, pois estão capacitadas e empoderadas.

A quarta fase denominada de “consequência”, as mães adquirem novas competências mediante a vivência de todas as fases do processo de empoderamento.

Este referencial teórico, permite-nos na prática compreender em qual das fases de empoderamento se encontra a mãe/família, tendo em conta a individualidade de cada um, para que possamos intervir e facilitar a transição para a fase seguinte, tornando-os

parceiros no cuidar para depois permitir que seja a mãe/família o gestor dos cuidados ao seu filho.

Neste sentido, e analisando a situação à luz deste referencial teórico, podemos afirmar que estes pais se encontram na primeira fase denominada de “precondição”. Nesta fase a vinculação, o amor, o comprometimento e a responsabilidade pela criança, motivam e sustentam o processo de empoderamento, daí as intervenções de enfermagem terem sido no sentido da promoção da vinculação e da parceria de cuidados, facilitando desta forma a transição para a fase seguinte de empoderamento.

Planeamento da Ação:

Após uma reavaliação da situação prática, conseguimos perceber que a atuação do enfermeiro especialista deveria ter-se iniciado antes da situação ocorrer.

Ao analisar o regulamento que define o ato do enfermeiro (Ordem dos enfermeiros, 2022), percebemos que as intervenções interdependentes dos enfermeiros, passam pela elaboração de planos de ação previamente definidos pelas equipas multiprofissionais, cabendo-lhe a responsabilidade de decidir sobre a sua implementação, assegurando a continuidade de cuidados e a avaliação dos resultados, utilizando técnicas e recursos com vista à palição e no acompanhamento dos processos de morte e luto.

O Consenso em Cuidados Paliativos Neonatais e em Fim de Vida (Mendes & Silva, 2013) tem como objetivo ser uma linha orientadora no que diz respeito ao alívio precoce do sofrimento do RN e sua família, ao longo de uma doença neonatal grave e em fim de vida. Afirmam que para o planeamento de cuidados paliativos neonatais deve ter-se em consideração a formação dos profissionais, os recursos materiais e técnicos necessários e o local mais apropriado. Tendo em conta a acessibilidade, esta unidade tem critérios definidos para a transição de cuidados intensivos para cuidados paliativos, bem como critérios definidos para implementar a ordem de não reanimação (ONR). Apesar disso, parece ainda não existir uma definição muito clara em relação aos papéis dos diversos profissionais da equipa, neste caso do enfermeiro. Quanto ao local, a UCIN não será o local mais indicado, pois este deverá ser um espaço tranquilo, com instalações confortáveis, de

fácil acesso e promotor da privacidade, embora exista um esforço da equipa por proporcionar o maior conforto e privacidade possíveis.

O RN da situação descrita encontra-se nos critérios descritos neste Consenso, considerando a encefalopatia hipoxico-isquémica grave com mau prognóstico, uma situação de doença progressiva, sem opção curativa, na qual o tratamento é paliativo desde o diagnóstico.

Apesar da situação em si, a transmissão do diagnóstico e de informação sobre a qualidade de vida atual e futura do RN foi realizada em reunião multidisciplinar, incluindo o Neonatologista, Neurologia e o Enfermeiro. Tendo sido validada a compreensão da informação pelos pais.

O Consenso em Cuidados Paliativos Neonatais e em Fim de Vida descrevem as etapas para desligar o ventilador/extubar que devem ser tidas em consideração numa situação de cuidados em fim de vida.

A decisão de extubar o RN foi da equipa com o apoio dos pais. Para extubar o RN não houve uma preparação prévia dos pais, da equipa, do ambiente e do RN, foi tudo programado momentos antes da extubação.

Antes da extubação foi discutido entre a equipa médica e equipa de enfermagem os cenários possíveis, o que permitiu a adoção e preparação dos procedimentos adequados.

Os pais acabaram por ser informados de forma verdadeira e frontal sobre a extubação do RN, mas apenas momentos antes desta acontecer. Não houve um esclarecimento prévio aos pais de que o RN poderia não falecer de imediato, pelo que não estavam preparados para o que poderia acontecer depois do RN ser extubado.

Antes da extubação, talvez devido à falta de informação os pais não solicitaram a realização de rituais culturais significativos, nem a criação de memórias, tendo estas ocorrido só após a extubação. Contudo, durante o procedimento foi permitida a presença dos pais, tendo sido respeitado o seu desejo.

No momento da extubação o RN encontrava-se confortável, tendo mantido este conforto, sem sinais de dor e/ou de desconforto respiratório (ficou com O2 suplementar por óculos nasais) e/ou de sofrimento.

Tal como é descrito no estudo de Donoho, et al (2021), o recurso a uma *checklist* de suporte familiar em situações de extubação compassiva e reuniões da equipa multidisciplinar após a extubação, poderiam facilitar a comunicação dentro da equipa e apoio mútuo, levando a uma prestação de cuidados paliativos neonatais e em fim de vida, baseados na melhor evidência científica e mais compassivos e humanos.

Referências Bibliográficas:

1. Donoho, K., Fossa, M., Dabagh, S., Caliboso, M., Lotstein, D. & Nair, S. (2021). Compassionate extubation protocol to improve team communication and support in the neonatal intensive care unit. *Journal of Perinatology*. 41. 2355-2362. <https://doi.org/10.1038/s41372-021-01085-8>
2. Gibbs, G. (1988) *Learning by doing: A guide to teaching and learning methods*. Further Educational Unit, Oxford Polytechnic, Oxford.
3. Gibson, C (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 1201-1210.
4. Graça, A., Pinto, F., Vilan, A., Dinis, A., Sampaio, I., Matos, C., Rodrigues, M. & Neves, F. (2012). Hipotermia induzida no tratamento da encefalopatia hipóxico-isquémica neonatal. Consenso Nacional da Sociedade Nacional de Neonatologia. <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2012-Hipotermia.pdf>
5. Mendes, J. & Silva, L. (2013). Consenso em Cuidados Paliativos Neonatais e em Fim de Vida: Cuidados Paliativos Neonatais e em Fim de Vida. https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-Cuidados_paliativos.pdf

6. Ordem dos Enfermeiros (2011). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Cadernos da OE, série I, nº3, volume III. Lisboa, Portugal.

7. 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.

8. Ordem dos Enfermeiros (2022). Regulamento que define o ato do enfermeiro, Pub. L. No. Regulamento n.º 613/2022 de 8 de julho. Diário da República, 2.ª série — N.º 131, pp. 179-182.

Apêndice X - Checklist - Intervenções de enfermagem na capacitação dos pais/cuidadores de RN com ostomias intestinais

Capacitar os pais/cuidadores de RN com ostomias intestinais: Intervenções de Enfermagem

Esta *checklist* tem como objetivo ser um instrumento orientador para a capacitação de pais/cuidadores de RN com ostomias intestinais.

O seu preenchimento irá facilitar a organização dos cuidados ao RN/família, permitindo uma continuidade dos mesmos.

Foi elaborada seguindo as orientações da DGS (Norma nº 015/2016 de 28/10/2016 atualizada a 03/03/2017), *Guidelines* internacionais (Batalla et al., 2019; Stetzer, 2021) e usando linguagem CIPE® (ICN, 2018; Ordem dos Enfermeiros, 2016).

| Intervenção de Enfermagem | | Ensinar | Instruir | Treinar | Supervisionar | Observações |
|--|--|----------------|-----------------|----------------|----------------------|--------------------|
| Conceito de ostomia de eliminação | | | | | | |
| Finalidade da ostomia de eliminação | | | | | | |
| Reunir Material necessário | | | | | | |
| Aquisição de material necessário | | | | | | |
| Periodicidade de troca de dispositivos | | | | | | |
| Despejar o saco de ostomia | | | | | | |
| Adequação dos dispositivos ao estoma | Medição dos estomas | | | | | |
| | Realização de molde | | | | | |
| | Aplicação de acessórios (pó cicatrizante, anel moldável, protetor cutâneo, etc.) | | | | | |

| | | | | | | |
|---|----------------------------|----------------|-----------------|----------------|----------------------|--------------------|
| Técnica de remoção de dispositivos | | | | | | |
| Observação da placa (face posterior) | | | | | | |
| Limpeza do estoma e pele peri-estoma | | | | | | |
| Intervenção de Enfermagem | | Ensinar | Instruir | Treinar | Supervisionar | Observações |
| Alterações/complicações da pele peri-estoma | | | | | | |
| Atuação em caso de complicações da pele peri-estoma | | | | | | |
| Alterações/complicações do estoma | | | | | | |
| Atuação em caso de complicações do estoma | | | | | | |
| Técnica de adaptação dos dispositivos ao estoma | Recortar a placa | | | | | |
| | Colocar a placa/peça única | | | | | |
| Apoio profissional (Recursos após a alta) | Guia para os pais | | | | | |
| | Kit para alta | | | | | |

Referências Bibliográficas:

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

DGS (2017). Norma n.º 015/2016 de 28/10/2016 atualizada a 03/03/2017. Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Eliminação Intestinal em Idade Pediátrica e no Adulto. Departamento da Qualidade na Saúde.

International Council of Nurses [ICN] (2018). CIPE® - Português. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese_translation.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2016). CIPE® Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Edição portuguesa. https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.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.

Realizado por:

Enf.ª Joana Cereja, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica—Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação da EEESIP e Mestre [REDACTED]; Sob a orientação da Professora Dr.ª Sílvia Ramos.

Apêndice XI - Dossier - Dispositivos de Ostomia de Eliminação
Pediátricos Comparticipados

Dispositivos de Ostomia de Eliminação Pediátricos Comparticipados



Elaborado por: Enfermeira Joana Cereja
Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem
na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica
Universidade Católica Portuguesa,
Instituto de Ciências da Saúde;
Sob a orientação da EEESIP e Mestre [REDACTED];
Sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Ramos

Setembro de 2022

1 Índice

| | |
|---|-----|
| Introdução | 176 |
| Dispositivos de Ostomia (Placas e Sacos) | 177 |
| WELLAND | 177 |
| HOLLISTER | 181 |
| COLOPLAST | 185 |
| Acessórios | 190 |
| Pó cicatrizante | 190 |
| Nivelador em Anel | 191 |
| Nivelador em Tiras | 192 |
| Protetor Cutâneo Spray | 193 |
| Protetor Cutâneo Toalhitas | 194 |
| Nivelador em Pasta | 195 |
| Tiras de Fixação | 196 |
| Kit para Alta | 197 |
| Referências Bibliográficas | 198 |

Introdução

Tendo por base de diagnóstico a dificuldade que a equipa multidisciplinar revela na prescrição de dispositivos de ostomia de eliminação aos RN que tem alta para o domicílio, realizou-se este documento como instrumento de consulta dos dispositivos existentes no mercado com participação.

O documento encontra-se estruturado por grupo de dispositivo médico, com a respetiva descrição e referência que a equipa médica terá que usar para realizar a prescrição eletrónica, com base nos dados disponíveis no site do INFARMED (2019) e dos representantes das várias marcas de dispositivos no mercado.

É de salientar ainda dois aspetos muito importantes na aquisição dos dispositivos:

- Qualquer médico (Cirurgião pediátrico, Neonatologista, Médico de família) consegue emitir a receita eletrónica, desde que introduza as referências corretas.
- Qualquer farmácia em Portugal pode fornecer o material prescrito, embora os pais poderão ter que esperar entre 24h a 48h pela entrega do material.

Dispositivos de Ostomia (Placas e Sacos)

WELLAND

| Grupo Dispositivo Médico | Descrição do Dispositivo | Referência |
|--------------------------|-------------------------------------|------------|
| PEDIATRIA / FISTULAS | Saco / Pediátrico Midi Op | XSOP500 |
| | Saco / Pediátrico Mini Transparente | XNOP700 |
| | Saco Fístula / Transparentes | XPFV700 |





Dispositivo de 1 peça Urostomia - Adolescente:

| Grupo Dispositivo Médico | Descrição do Dispositivo | Referência |
|-----------------------------------|---------------------------------|-------------------|
| Urostomia 1 PEÇA BASE PLANA | Saco Aurum Uro Midi | XMHUM513 |
| | Saco Aurum Plus Uro Preto | X1U1E13S |
| | Saco Aurum Plus Uro Areia | X1U1E23S |

| Grupo Dispositivo Médico | Descrição do Dispositivo | Referência |
|-------------------------------------|--------------------------------------|-------------------|
| Urostomia 1 PEÇA BASE CONVEXA | Saco Aurum CONVEX Uro Midi | XMHNUL513 |
| | Saco Aurum PROFILE Moldavel Uro Midi | XMHCUL513 |

UROSTOMIA 2 PEÇAS – FIXAÇÃO MECÂNICA

PLACAS

| Grupo Dispositivo Médico | Descrição do Dispositivo | Referência |
|-----------------------------------|---------------------------------|-------------------|
| PLACAS UROSTOMIA BASE PLANA | Placa Aurum Plana 55mm | XMH2UF513 |
| | Placa Aurum Plana 45mm | XMH2UF413 |

| Grupo Dispositivo Médico | Descrição do Dispositivo | Referência |
|--|---------------------------------|-------------------|
| PLACAS UROSTOMIA BASE CONVEXA | Placa Aurum Convexa 55mm | XMH2UF513 |
| | Placa Aurum Plana 45mm | XMH2UF413 |

SACOS

| Grupo Dispositivo Médico | Descrição do Dispositivo | Referência |
|-------------------------------------|--------------------------------------|-------------------|
| Urostomia 1 PEÇA BASE CONVEXA | Saco Aurum CONVEX Uro Midi | XMHNUL513 |
| | Saco Aurum PROFILE Moldavel Uro Midi | XMHCUL513 |

HOLLISTER

| Grupo Dispositivo Médico | Descrição do Dispositivo | Referência |
|--------------------------|---------------------------|------------|
| PREMATURO | Saco transparente + placa | 3777 |



| Grupo Dispositivo Médico | Descrição do Dispositivo | Referência |
|---------------------------------|---------------------------------|-------------------|
| RECÉM-NASCIDO | Saco transparente + placa | 3778 |



| Grupo Dispositivo Médico | Descrição do Dispositivo | Referência |
|--------------------------|----------------------------|------------|
| SACO 2 PEÇAS | Saco transparente drenável | 3799 |
| PLACA | ENCAIXE DE 44mm | 3761 |



| Grupo Dispositivo Médico | Descrição do Dispositivo | Referência |
|---------------------------------|---------------------------------|-------------------|
| SACO 1 | Saco transparente drenável | 3796 |
| PEÇA | Saco de urostomia transparente | 3797 |



COLOPLAST

| Grupo Dispositivo Médico | Descrição do Dispositivo | Referência |
|--------------------------|----------------------------------|------------|
| SACO 1 PEÇA | Ileostomia – Midi - Opaco | 18710 |
| | Ileostomia – Midi - Transparente | 18711 |
| | Urostomia – Midi - Transparente | 18712 |
| | Urostomia – Midi - Opaco | 18713 |





REF: 18710



| Grupo Dispositivo Médico | Descrição do Dispositivo | Referência |
|---------------------------------|---|-------------------|
| SACO 2 PEÇAS | Ileostomia – Mini – Opaco (27mm) | 18720 |
| | Ileostomia – Mini – Transparente (27mm) | 18721 |
| | Ileostomia – Midi – Opaco (27mm) | 18722 |
| | Ileostomia – Midi – Transparente (27mm) | 18723 |
| | Urostomia – Midi – Opaco (27mm) | 18730 |
| PLACA | ENCAIXE DE 27mm | 18735 |



| Grupo Dispositivo Médico | Descrição do Dispositivo | Referência |
|---------------------------------|---|-------------------|
| SACO 2 PEÇAS | Ileostomia – Midi – Opaco (35mm) | 18724 |
| | Ileostomia – Midi – Transparente (35mm) | 18725 |
| | Urostomia – Midi – Opaco (35mm) | 18731 |
| PLACA | ENCAIXE DE 35mm | 18747 |



Acessórios

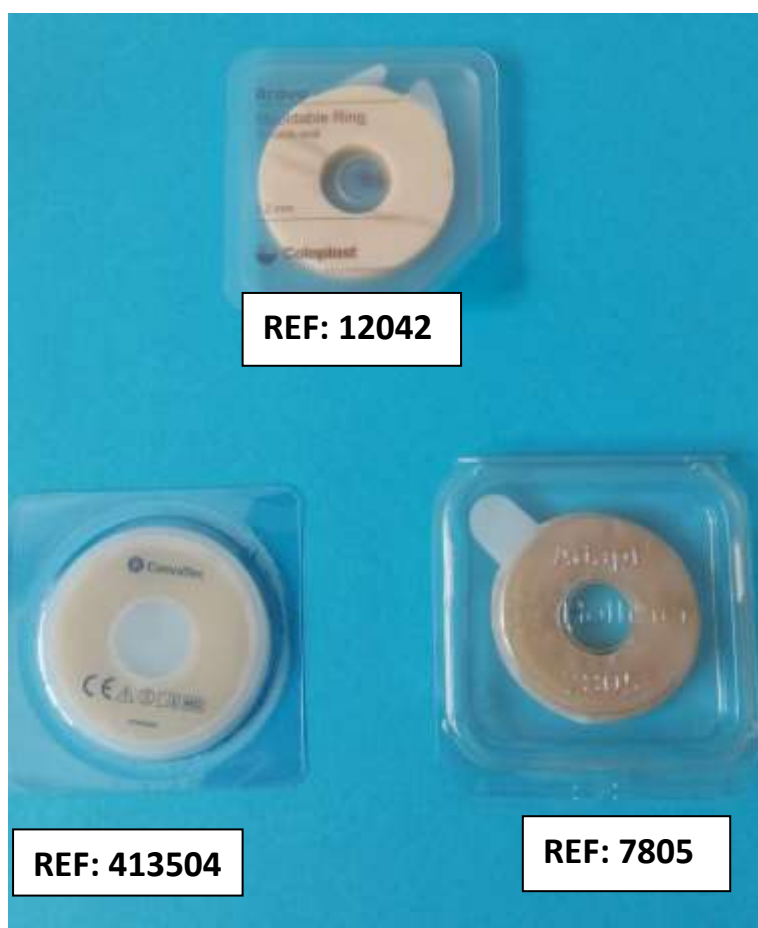
Pó cicatrizante

| Grupo Dispositivo Médico | Descrição do Dispositivo | Referência |
|--------------------------|--------------------------|------------|
| PÓ CICATRIZANTE | WELLAND | WPP025 |
| | HOLLISTER | 7906 |
| | COLOPLAST | 1907 |



Nivelador em Anel

| Grupo Dispositivo Médico | Descrição do Dispositivo | Referência |
|--------------------------|--------------------------|------------|
| ANEL NIVELADOR | WELLAND | XMHWA300 |
| | HOLLISTER | 7805 |
| | COLOPLAST | 12042 |
| | CONVATEC | 413504 |



Nivelador em Tiras

| Grupo Dispositivo Médico | Descrição do Dispositivo | Referência |
|--------------------------|--------------------------|------------|
| TIRAS NIVELADORAS | COLOPLAST | 2655 |



Protetor Cutâneo Spray

| Grupo Dispositivo Médico | Descrição do Dispositivo | Referência |
|--------------------------|--------------------------|------------|
| PROTETOR CUTANEO SPRAY | WELLAND | WBS050 |
| | COLOPLAST | 12020 |
| | CONVATEC | 423288 |



Protetor Cutâneo Toalhitas

| Grupo Dispositivo Médico | Descrição do Dispositivo | Referência |
|----------------------------|--------------------------|------------|
| PROTETOR CUTANEO TOALHITAS | WELLAND | WBS050 |
| | CONVATEC | 423282 |



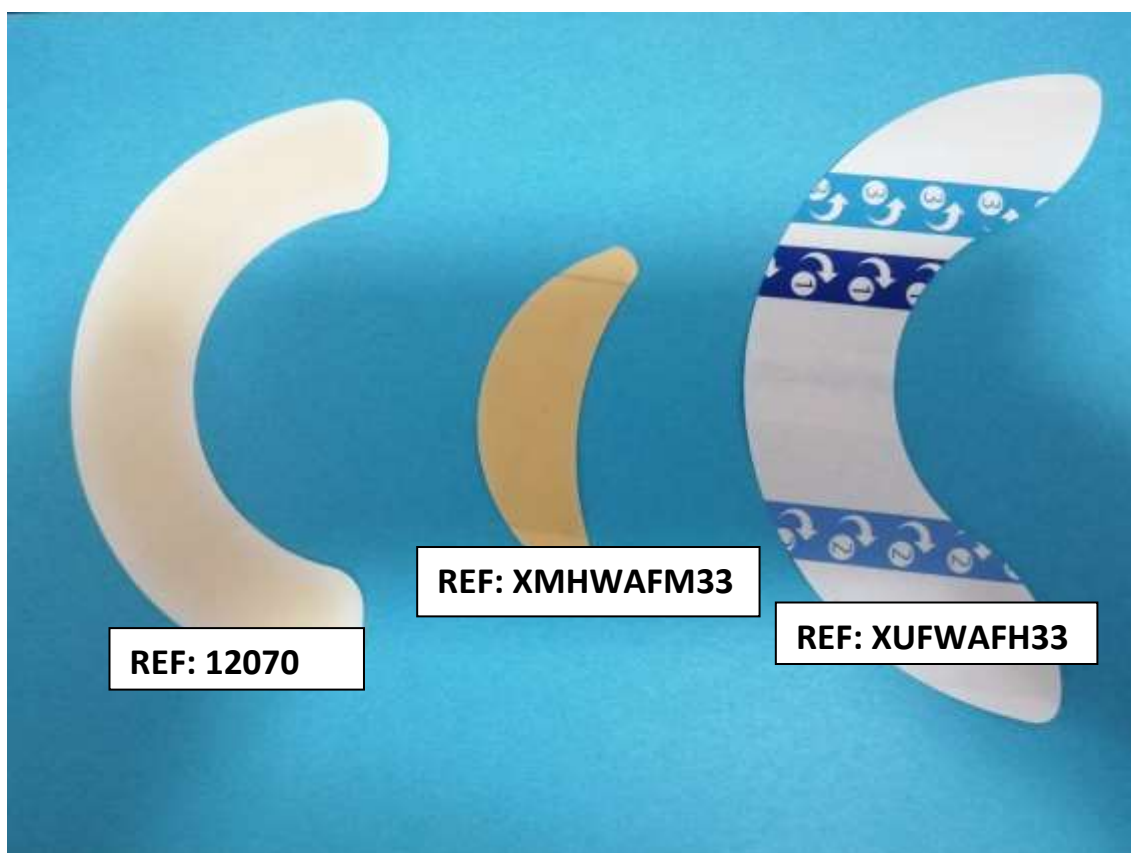
Nivelador em Pasta

| Grupo Dispositivo Médico | Descrição do Dispositivo | Referência |
|---------------------------------|---------------------------------|-------------------|
| PASTA NIVELADORA S/ ALCOOL | WELLAND | WSP100 |



Tiras de Fixação

| Grupo Dispositivo Médico | Descrição do Dispositivo | Referência |
|---------------------------------|------------------------------------|-------------------|
| TIRAS DE FIXAÇÃO | WELLAND – Meias-luas c/ mel Mini | XMHWAFM33 |
| | WELLAND – Meias-luas transparentes | XUFWAFH33 |
| | COLOPLAST – Meias-luas | 12070 |



Kit para Alta

Composição:

- ✓ **1 tesoura pontas curvas**
- ✓ **Molde**
- ✓ **3 a 4 dispositivos já recortados**
- ✓ **1 exemplar dos acessórios (ex. pó cicatrizante, spray protetor, anéis moldáveis, etc.)**
- ✓ **3 a 4 ampolas de S.F.**
- ✓ **2 a 3 pacotes de compressas**



Referências Bibliográficas

INFARMED (2019). Dispositivos Médicos de Apoio a Doentes Ostomizados. Listagem de dispositivos médicos incluídos no regime de participação, previsto da Portaria n.º 284/2016, de 4 de novembro (alterada pela Portaria n.º 92-F/2017, de 3 de março), em vigor a partir de 1 de abril de 2017. https://www.infarmed.pt/documents/15786/1644848/Listagem_Ostomia_Autorizados_2019_01_02/9dcc5abd-0c9e-477c-b3cc-dd29e5c56b75.

Apêndice XII - *Kit para alta UCIN*

Kit para Alta

Composição:

- ✓ 1 tesoura pontas curvas
- ✓ Molde
- ✓ 3 a 4 dispositivos já recortados
- ✓ 1 exemplar dos acessórios (ex. pó cicatrizante, spray protetor, anéis moldáveis, etc.)
- ✓ 3 a 4 ampolas de S.F.
- ✓ 2 a 3 pacotes de compressas



Apêndice XIII - Sessão de formação à equipa de enfermagem da UCIN

Cuidados de Enfermagem ao RN com Ostomias Intestinais e Família



Enfermeira Ana Luísa Costa
Mestranda em Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica – Universidade Católica Portuguesa,
Instituto de Saúde da Família
Saúde e Orientação de Enfermagem e Mestrado em Saúde
Saúde e Orientação de Enfermagem (Saúde Infantil)

1

Sumário

- Princípios dos cuidados ao RN com ostomia intestinal e família
- Características específicas no cuidado ao RN com ostomias intestinais e família
- Cuidados Básicos
- Dispositivos de ostomia – Acessórios
- Otimização do(s) estoma(s)/pele peri-estoma(s)
- Capacitação Parental

2

Princípios dos cuidados ao RN com ostomia intestinal e família



3

Princípios dos cuidados ao RN com ostomia intestinal e família

Paediatric stoma care
Global best practice guidelines for neonates, children and teenagers
Global Paediatric Stoma Nurses Advisory Board

Guía de
**Atención
Integral
al niño
ostomizado**



PEDIATRIC OSTOMY CARE

BEST PRACTICE FOR CLINICIANS

4

Princípios dos cuidados ao RN com ostomia intestinal e família



5

Características específicas no cuidado ao RN com ostomias intestinais e família

- Perfil corporal
- Características da pele
- Idade/Estádio de Desenvolvimento
- Conforto (dor/temperatura ambiente/regulação do sono)
- Estado Nutricional
- Plano de cuidados parental/Capacitação parental

6

Perfil Corporal



Fonte: CHD, Fawcett, 2004, p. 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 840, 841, 842, 843, 844, 845, 846, 847, 848, 849, 850, 851, 852, 853, 854, 855, 856, 857, 858, 859, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 866, 867, 868, 869, 870, 871, 872, 873, 874, 875, 876, 877, 878, 879, 880, 881, 882, 883, 884, 885, 886, 887, 888, 889, 890, 891, 892, 893, 894, 895, 896, 897, 898, 899, 900, 901, 902, 903, 904, 905, 906, 907, 908, 909, 910, 911, 912, 913, 914, 915, 916, 917, 918, 919, 920, 921, 922, 923, 924, 925, 926, 927, 928, 929, 930, 931, 932, 933, 934, 935, 936, 937, 938, 939, 940, 941, 942, 943, 944, 945, 946, 947, 948, 949, 950, 951, 952, 953, 954, 955, 956, 957, 958, 959, 960, 961, 962, 963, 964, 965, 966, 967, 968, 969, 970, 971, 972, 973, 974, 975, 976, 977, 978, 979, 980, 981, 982, 983, 984, 985, 986, 987, 988, 989, 990, 991, 992, 993, 994, 995, 996, 997, 998, 999, 1000

Recém-Nascido

- Abdômen curto e arredondado
- Pregas cutâneas
- Decúbito dorsal

Criança

- Maior superfície abdominal
- Maior amplitude movimentos

Adolescente

- Incluir na escolha
- Autoimagem
- Sexualidade

7

Características da pele RN

RN Prematuro

- Barreira epidérmica imatura (maior absorção de agentes tópicos)
- Coesão entre epiderme e derme muito fraca
- pH ligeiramente ácido muito lentamente
- Ponto maturativo prolongado até 8 semanas no caso do RN pré-termo extremo

RN Termo

- Barreira epidérmica madura
- Coesão entre epiderme e derme fraca
- pH ligeiramente ácido após 4 dias de nascimento
- Ponto maturativo entre as 2 e as 4 semanas de vida após o nascimento

8

Monitorização da pele peri-estoma

- **DET Score** – descreve a extensão e gravidade dos distúrbios da pele peri-estoma por meio de três aspetos:

Descoloração, Erosão e Tecido com crescimento excessivo.

Está validada para a população portuguesa adulta, mas **não para a população pediátrica**

- **SACS** – Não está validada para a população portuguesa
- Monitorizar a pele através de registo fotográfico e guardar no processo do RN

9

Marcação do estoma

Como realizar no RN?

O cirurgião pediátrico e a equipa de enfermagem, de preferência na presença dos pais.

Evitar a região inguinal e o umbigo.

É um desafio, numa superfície abdominal tão pequena.



Fonte: Guia de Prática Clínica de Enfermagem, 2017

10

Cuidados Básicos



11

Remoção do dispositivo e limpeza da pele



- Remover a placa utilizando S.F./água morna (37°C)
 - Descolar gentil e suavemente de cima para baixo.
 - Escolher o momento do banho para realizar a remoção do dispositivo.
- Limpar com compressas macias.
- Secar suavemente a pele sem qualquer fricção.
- Se usar removedores de adesivo (atenção especial em recém-nascidos prematuros).
- Atenção: – Gestão da dor!

12

Avaliação da pele peri-estoma



Fonte: Guia de Atenção Integral al niño colonizado, 2018



13

Avaliação do estoma



Fonte: Guia de Atenção Integral al niño colonizado, 2018



14

Avaliação da placa

Permite ter a percepção do local de infiltração do efluente:

Realizar novo molde

Adaptar a aplicação dos acessórios (nivelar a pele)



15

Medição do estoma

- O tamanho do estoma deve ser verificado a cada mudança de placa, especialmente nas primeiras semanas após a cirurgia.
- Existem medidores no mercado – Não são adequados à realidade dos RN.
- Realizar molde recorrendo a películas transparentes. (Luva de palhaço/involucro de compressas)



Controlo do efluente VS Escolha do dispositivo

Dispositivo de 1 peça



- Placa e saco integrados
- Flexibilidade
- Muitas pregas
- Pequeno perfil corporal

Dispositivo de 2 peças



- Placa + saco
- Encaixe adesivo ou mecânico
- Melhor acesso ao estoma
- Crianças mais ativas
- Colheita de efluente

17



Recortar a placa

- Deve ser usada tesoura própria (pontas curvas)
- Após recorte alisar a placa para não ficar com arestas.
- O recorte da placa deve ter o diâmetro mais aproximado possível do estoma.
- Não deve ficar pele exposta.
- Se tal não se conseguir - usar anéis ou tiras para nivelar e selar essa exposição cutânea.



Aplicar dispositivo

- Aquecer a placa com as mãos, por meio de fricção.
- Aplicar a placa de baixo para cima!
- Após aplicada, fazer ligeira pressão sobre a placa.
- Atenção: Gestão da dor!
- Movimentos circulares do interior para a periferia
- Garantir que esta fica bem aderente.



Cuidados com a fístula mucosa

- Estoma com 2 topos:
 - Proximal – saída de efluente
 - Distal – fístula mucosa
- A fístula mucosa pode ser deixada sem qualquer dispositivo.
- Saída de muco corrosivo pelo topo distal
- Aplicação de proteção cutânea – placa hidrocolóide
- Se a fístula mucosa não comunica com o trato urinário, pode ficar no mesmo dispositivo (salvo contra-indicação médica)

Esvaziar o dispositivo (se drenável)

- Sempre que se encontre cheio por 1/3 da sua capacidade.
- Pode ser com alguma frequência (2/2h).
- Essencial para prevenir extravasamentos e infiltrações.



21

Remoção de gases

- A produção de gases é normal nos RN devido à sucção.
- Dispositivos, já têm incluído filtros.
- Nos outros:
 - Abrir ligeiramente o saco (se dispositivo de 2 peças ou drenável)
 - Trocá-lo (se dispositivo de 1 peça)

22

Tempo de contacto dos dispositivos

RN prematuros

- Tempo mínimo recomendado de 12h a 24h (inicialmente)
- Não mais que 48h

Restantes

- Tempo mínimo recomendado são 24h
- 2 a 3 dias
- Não mais que 4 dias

23

Dispositivos de ostomia

Acessórios



24

Anéis/Tiras moldáveis

- Pode ser usado para criar convexidade flexível (ex. estomas invaginados), nivelar pregas ou preencher falhas (ex. suturas operatórias).
- É fácil de manipular – deve ser aquecido nas mãos.
- Não contém álcool.



25

Pó cicatrizante

- Absorve o excesso de humidade da pele peri-estoma quando existem lesões.
- Técnica de crusting: fixar o pó (ex. Adapt stoma powder) com protetor cutâneo sem álcool (ex. Silesse).
- Pode ser misturado com a pasta para aumentar a propriedade de absorção.
- Dificuldade em remover restos de pasta - aplicar o pó por cima da pasta – ajuda quando existe dificuldade na remoção de restos de pasta.
- Atenção! - Prevenção da inalação pelo RN.



26

Protetores

- Formato: Toalhitas e Spray
- Deve ser usado sempre que necessário.
- Não contêm álcool.
- Formam uma película constituída por polímeros.
- Protege a pele até 72h.



27

Desodorizante

Neutraliza o odor

- Não é recomendado em RN e crianças
- Muito apreciado por adolescentes

Pode ser feito de forma caseira: aplicando pasta de dentes numa pequena porção de papel higiénico na base do saco.



28

Espessante

Engrossa as fezes líquidas.

Alternativas:

- Usar pequenos pedaços de fralda contendo material absorvente, no interior do saco para absorver o excesso de líquido das fezes.
- Usar pequenas bolas de algodão no saco para absorver o efluente.



29

Lubrificante

Ajuda o efluente a descer para o saco.

- Adiciona-se umas gotas no interior do saco e esfrega-se.
- Umhas gotas de óleo (amêndoas doces) podem fazer o mesmo efeito.



30

Cinta



A cinta é um suporte para a hérnia paraestomal ou estoma prolapsado.

- Deve ser aplicada e removida sempre com a criança decúbito dorsal.
- Pode ser feita à mão.

21

Filtro



Facilita a saída de gases.

Constituído por carvão – previne a exalação de maus odores

- Fezes líquidas podem comprometer o funcionamento do filtro.
- Tem de ser protegido se o RN toma banho com o saco.



22

Tiras de fixação



Ajuda na fixação da placa.

- Pode ser usado quando temos feridas na região da placa (isolar o tratamento).
- Aplicar na posição em que a criança vai permanecer grande parte do tempo – prevenção de lesões por tração.

23

Otimização do(s) estoma(s)/pele peri-estoma(s)

Reconhecer e saber como controlar complicações do estoma é fundamental

Existem fatores de risco que influenciam o aparecimento de complicações do estoma:

Pele de RN prematuro

Musculatura abdominal subdesenvolvida

Cirurgias emergentes em condições pouco favoráveis

Não marcação do estoma

24

Complicações mais frequentes no RN



Hemorragia



Deiscência da sutura



Laxeração



Infecção fúngica



Retração/Invaginação



Estenose



Hérnia



Estoma prolapsado

Fonte: Guia de Atención Integral al niño estomizado, 2018

25

Complicações menos frequentes no RN



Fistulas



Granulomas



Dermatite de contacto



Pyoderma gangrenosum



Oclusão



Isquemia

Fonte: Guia de Atención Integral al niño estomizado, 2018

26

Capacitação Parental

Deve começar assim que possível!

Incluir sempre os pais nos cuidados e certificar que:

- Têm o conhecimento e a capacidade adquirida para o cuidado a ostomia de eliminação.

Capacitação Parental - Checklist

Capacitar os pais/cuidadores de RN com ostomias intestinais: Intervenções de Enfermagem

Este checklist tem como objetivo ser um instrumento orientador para a capacitação de pais/cuidadores de RN com ostomias intestinais.

O seu preenchimento irá facilitar a organização dos cuidados ao RN/família, permitindo uma continuidade dos mesmos.

Foi elaborado segundo as orientações da DGS (Norma nº 016/2016 de 28/10/2016 atualizada a 03/03/2017), Guidelines Internacionais e usando linguagem CIFE*

| Intervenção de Enfermagem | Ensinar | Instruir | Treinar | Supervisionar | Observações |
|---------------------------------------|--|----------|---------|---------------|-------------|
| Conceito de ostomia de eliminação | | | | | |
| Finalidade da ostomia de eliminação | | | | | |
| Reunir Material necessário | | | | | |
| Aquisição de material necessário | | | | | |
| Paratidade de troca de dispositivos | | | | | |
| Despajar o saco de ostomia | | | | | |
| Adequação dos dispositivos ao sistema | Medição dos estomas | | | | |
| | Realização de molde | | | | |
| | Aplicação de acessórios (gel, cicatrizante, anal, moldes), protetor (cintão, etc.) | | | | |

Capacitação Parental - Checklist

| Intervenção de Enfermagem | Ensinar | Instruir | Treinar | Supervisionar | Observações |
|---|----------------------------|----------|---------|---------------|-------------|
| Técnica de remoção de dispositivos | | | | | |
| Observação da placa (face posterior) | | | | | |
| Limpeza do estoma e pele peri-estoma | | | | | |
| Alterações/complicações da pele peri-estoma | | | | | |
| Atuação em caso de complicações da pele peri-estoma | | | | | |
| Alterações/complicações do estoma | | | | | |
| Atuação em caso de complicações do estoma | | | | | |
| Técnica de adaptação dos dispositivos ao estoma | Recortar a placa | | | | |
| | Colocar a placa/peça única | | | | |
| Apoio profissional (Recursos após a alta) | Guia para os pais | | | | |
| | Kit para alta | | | | |

39

Capacitação Parental

Os pais/cuidadores devem:

- Treinar os cuidados ao estoma e serem autônomos
- Saber identificar complicações do estoma e pele peri-estoma
- Saber que dispositivo e acessórios devem usar

40

Capacitação Parental

Os pais/cuidadores devem:

- Ter acesso a informação válida por escrito dos cuidados ao estoma;
- Saber como e quando entrar em contacto com a equipa de enfermagem.

Guia Prático dos Cuidados ao(s) Estoma(s) do seu Bebê



Setembro de 2022

Capacitação Parental

Qual a melhor nutrição?

- Amamentação exclusiva
- Leite materno
- Leite materno e fórmula infantil
- Leite
- Leite materno e fórmula infantil
- Leite
- Leite materno e fórmula infantil
- Leite materno e fórmula infantil
- Leite materno e fórmula infantil
- Leite materno e fórmula infantil



Qual o momento mais adequado?

- Quando o bebé estiver acordado e alerta
- Quando o bebé estiver acordado e alerta
- Quando o bebé estiver acordado e alerta
- Quando o bebé estiver acordado e alerta
- Quando o bebé estiver acordado e alerta
- Quando o bebé estiver acordado e alerta



Como reconhecer o sagninho?

- Quando o bebé estiver acordado e alerta
- Quando o bebé estiver acordado e alerta
- Quando o bebé estiver acordado e alerta
- Quando o bebé estiver acordado e alerta
- Quando o bebé estiver acordado e alerta
- Quando o bebé estiver acordado e alerta



Como limpar a pele e o(s) estoma(s)?

- Limpe a pele e o(s) estoma(s) com compressas suaves embebidas em água morna ou água fisiológica morna.
- Deixe a pele muito seca de forma suave com compressas de algodão suave.
- Limpe a pele e o(s) estoma(s).



Guia Prático dos Cuidados ao(s) Estoma(s) do seu Bebê



Setembro de 2022

Como desapegar o sagninho?

- Sempre que o sagninho estiver cheio em cerca de 1/3 da sua capacidade, deve desapegar no local, caso não se possa desapegar
- Tenha em atenção que os fios do(s) sagninho(s) também fixam o saco e são essenciais para desapegar.



Desapegar o sagninho

- Sempre que o sagninho estiver cheio em cerca de 1/3 da sua capacidade, deve desapegar no local, caso não se possa desapegar
- Tenha em atenção que os fios do(s) sagninho(s) também fixam o saco e são essenciais para desapegar.

Desapegar o sagninho

- Sempre que o sagninho estiver cheio em cerca de 1/3 da sua capacidade, deve desapegar no local, caso não se possa desapegar
- Tenha em atenção que os fios do(s) sagninho(s) também fixam o saco e são essenciais para desapegar.



Capacitação Parental

Os pais devem saber:

- Como obter os dispositivos;

Os dispositivos são 100% comparticipados mediante prescrição médica eletrónica.

Listagem de dispositivos médicos incluído no regime de comparticipação previsto na Portaria n.º 284/2016 (república pela Portaria n.º 92-F/2017) Infarmed



Capacitação Parental

Dispositivos de Ostomia (Flecos e Sacos)

| Modelo | Modelo | Modelo |
|--------|--------|--------|
| | | |
| | | |



Capacitação Parental



Kit para Alta:

- Tesoura de pontas curvas
- Molde
- 3 a 4 dispositivos já recortados
- 1 exemplar dos acessórios (ex. pó cicatrizante, spray protetor, anéis, etc.)
- S.F.
- Compressas esterilizadas

45

Referências bibliográficas

- Antonini, M et al (2016) A revised version of the original SACS Scale for Peristomal Skin Disorders Classification. *WCET Journal*, Volume 36, N.º 3, pag. 22-29
- Batalla, M et al (2019). Guia de Atención Integral al niño ostomizado, Disponível em: <https://olimpicodelaostomia.es/wp-content/uploads/2019/01/Guia-3%20de-Pedi%C3%A1trica-atencion-al-ni%C3%B1o-ostomizado.pdf>
- DGS (2017). Norma Número: 015/2016 data: 28/10/2016 atualização 03/03/2017 - Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Eliminação Intestinal em Idade Pediátrica e no Adulto. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/03/03/indicacoes-clinicas-e-intervencao-nas-ostomias-de-eliminacao-intestinal-em-idade-pediatrica-e-no-adulto/>
- Forest-Lalande, L et al (2018). Paediatric stoma care Global best practice guidelines for neonates, children and teenagers. Disponível em: https://www.coloplastprofessional.com/Global/CPCC_Paediatric_stoma_care_guidelines.pdf
- INFARMED - Listagem de dispositivos médicos incluído no regime de participação previsto na Portaria n.º 284/2016 (república pela Portaria n.º 92-F/2017). Disponível em: https://www.infarmed.pt/web/infarmed/alertas-de-seguranca?p_o_id=101&p_l=pt&pde=0&p_p_base=massimoz&p_p_mode=view&101_struts_action=asset_publisher/view_content&101_assetEntryId=2092645&101_type=document&inheritRedirect=false
- Martins, L et al (2022). The Ostomy Skin Tool 2.0: a new instrument for assessing peristomal skin changes. *British Journal of Nursing*, Vol. 31, n.º 8 (442-450) DOI: 10.12968/bjon.2022.31.8.442
- Monteiro, A et al (2020). Adapted Crusting Technique in Children with Peristomal Lesions: A Case Series. *Advances in skin & wound care*, Vol 33, (325-333) DOI: 10.1097/01.ASW.0000661788.68292.81
- Ordem dos enfermeiros (2011) Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Série I. Número 3. Volume II. ISBN: 978-989-844-01-7
- WOCN (2011). Pediatric Ostomy Care Best Practice For Clinicians

46

MARCAÇÃO DE ESTOMA



Obrigada pela
vossa presença!

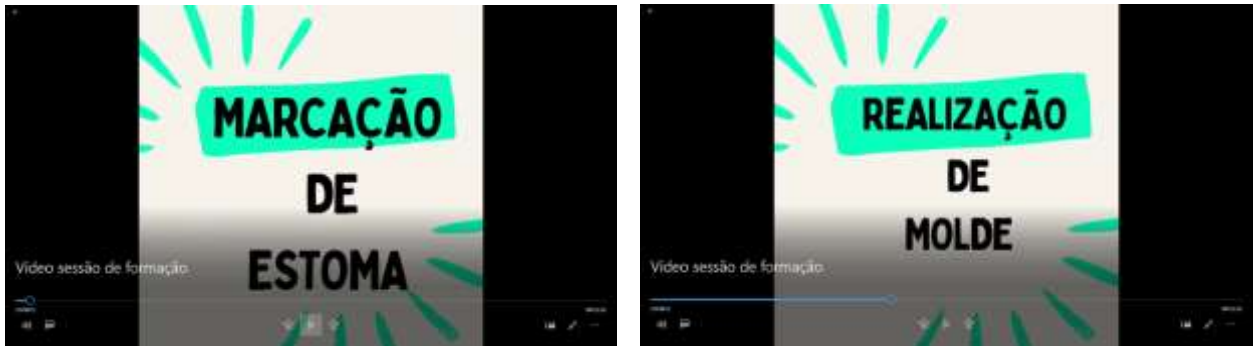


Apêndice XIV - Avaliação da sessão de formação da UCIN

| Perguntas | DISCORA TOTALMENTE | DISCORDA | CONCORDA | CONCORDA TOTALMENTE |
|-----------|--------------------|----------|----------|---------------------|
| P.1 | 0% | 0% | 0% | 100% |
| P.2 | 0% | 0% | 13% | 87% |
| P.3 | 0% | 0% | 13% | 87% |
| P.4 | 0% | 0% | 13% | 87% |
| P.5 | 0% | 0% | 20% | 80% |
| P.6 | 0% | 0% | 13% | 87% |
| P.7 | 0% | 0% | 20% | 80% |
| P.8 | 0% | 0% | 20% | 80% |
| P.9 | 0% | 0% | 13% | 87% |
| P.10 | 0% | 0% | 20% | 80% |
| P.11 | 0% | 0% | 20% | 80% |
| | | | 15% | 85% |

| Perguntas | Insuficiente | Suficiente | Bom | Muito Bom |
|-----------|--------------|------------|-----|-----------|
| P.12 | 0% | 0% | 0% | 100% |
| P.13 | 0% | 0% | 0% | 100% |
| P.14 | 0% | 0% | 7% | 93% |
| P.15 | 0% | 0% | 0% | 100% |
| P.16 | 0% | 0% | 0% | 100% |
| P.17 | 0% | 0% | 0% | 100% |
| P.18 | 0% | 0% | 0% | 100% |
| P.19 | 0% | 0% | 7% | 93% |
| | | | 2% | 98% |

Apêndice XV - Vídeo exemplificativo para a equipa de enfermagem da UCIN



Este vídeo encontra-se dividido em duas partes:

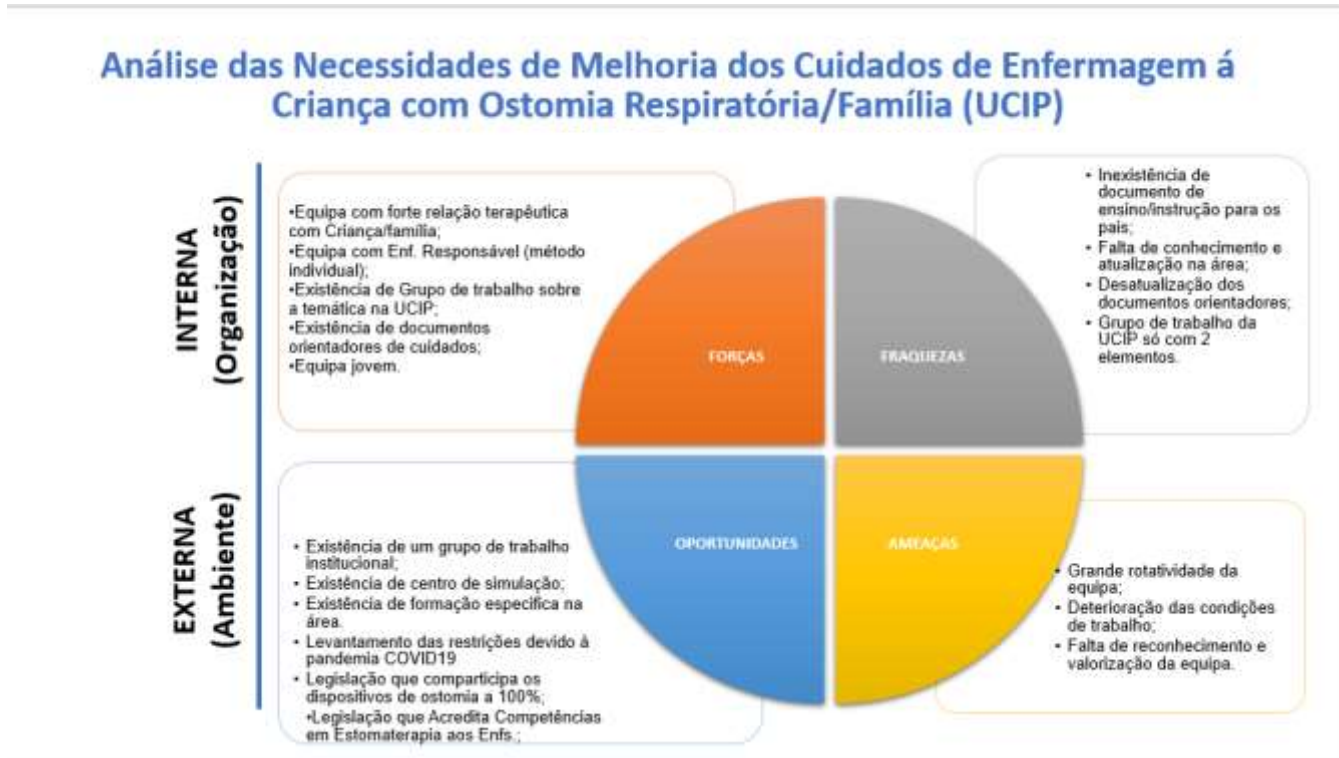
Na primeira parte é feita a explicação acerca da marcação de estomas no RN com recurso a dispositivos adequados, alertando para evitar as zonas de flexão, umbigo e grelha costal. É exemplificado passo-a-passo a marcação de um só estoma e posteriormente a marcação de dois estomas, sendo esta a situação mais frequente no RN;

Na segunda parte é exemplificado a realização de um novo molde, recorte da nova placa e aplicação adequada do novo dispositivo.

Link de acesso ao vídeo:

https://drive.google.com/file/d/1utGLtO1w5kgSmgFx8kV3LwzaQ2kzFbbO/view?usp=share_link

Apêndice XVI – Análise SWOT contexto de UCIP



Após realizar a análise SWOT em relação às necessidades de melhoria dos cuidados de enfermagem à criança com traqueotomia e família, encontrei pontos de confluência entre forças, fraquezas e oportunidades sendo estes:

Atualização de documentação;

Atualização de conhecimentos;

Materiais de ensino/instrução para os pais.

No que diz respeito a atualização de documentação, a qualidade e segurança dos cuidados prestado à criança com traqueotomia e família só pode ser assegurada se se basear em protocolos/normas de procedimentos que indiquem de forma estruturada, com base na evidência científica mais atual, quais as intervenções de enfermagem que devem ser instituídas durante a prestação de cuidados, devendo estas ser adaptadas às necessidades particulares de cada criança e família.

Indo de encontro ao ponto atualização de conhecimentos, torna-se essencial capacitar a equipa de enfermagem com conhecimentos, habilidades e recursos essenciais ao cuidado à criança com traqueotomia e família permitindo desta forma a prestação de cuidados seguros e de qualidade, levando a que a própria equipa possa capacitar os pais/cuidadores nesses cuidados.

Por último, os materiais de ensino/instrução para os pais/ cuidadores são essenciais na sua capacitação. Estes devem ser instrumentos orientadores quando surgem dúvidas ou alterações e fornecer meios de comunicação com a equipa, facilitando assim a transição para o domicílio de forma segura.

**Apêndice XVII – Reflexão sobre uma situação de prática clínica no
contexto da UCIP**



**Reflexão sobre uma situação de prática clínica:
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos**

Regente da UC:

Prof.ª Doutora Margarida Lourenço

Docente:

Prof.ª Doutora Sílvia Ramos

Enfermeiro Orientador:

Mestre e EEESIP [REDACTED]

Discente:

Joana Cereja, n.º 192009036

Lisboa

Novembro, 2022

Índice

| | |
|-----------------------------------|-----|
| Introdução:..... | 230 |
| Descrição da Situação: | 231 |
| Sentimentos e Pensamentos:..... | 235 |
| Avaliação: | 235 |
| Análise: | 236 |
| Conclusão: | 237 |
| Planeamento da Ação: | 239 |
| Referências Bibliográficas: | 242 |

Introdução:

No decorrer do estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, tive a oportunidade de participar na prestação de cuidados à criança com traqueotomia e família.

Decidi descrever a seguinte situação de prática clínica, porque considero ter sido uma situação que requereu a mobilização de competências e gestão de sentimentos, no cuidado à criança com traqueotomia e família, dando-me a oportunidade de estabelecer com esta família uma relação terapêutica, o que me proporcionou o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, indo de encontro ao objetivo específico delineado inicialmente – Prestar cuidados especializados de enfermagem, em resposta às necessidades da criança em situação crítica e família, promovendo o papel parental.

Esta reflexão tem por base o Ciclo Reflexivo de Gibbs (1988), estando estruturada da seguinte forma:

Descrição da situação – descrevo detalhadamente, o acompanhamento à criança com traqueotomia e família;

Sentimentos e pensamentos – descrevo as dificuldades que senti e perante o decorrer do acompanhamento que sentimentos surgiram;

Avaliação – descrevo o que correu bem e o que correu menos bem;

Análise – é feito o enquadramento das Competências do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica na prestação de cuidados à criança com traqueotomia e família;

Conclusão – é feito um enquadramento do referencial teórico “O processo de empoderamento nas mães de crianças com doenças crónicas” de Gibson (1995) na prestação de cuidados à criança com traqueotomia e família;

Planeamento da ação – é feito uma reavaliação da situação prática;

Referências bibliográficas – usadas para fundamentar a reflexão.

Descrição da Situação:

A situação de prática clínica acontece com lactente com traqueotomia e família. Para contextualização da situação importa referir que a lactente nasceu às 25 semanas, com peso ao nascer 550g, por cesariana, por agravamento do Síndrome de HELLP materno, tendo sido submetido a maturação pulmonar mais neuroprotecção, noutra hospital da área metropolitana da grande Lisboa. Manteve-se sempre ventilada invasivamente, tendo havido tentativa de ventilação não invasiva sem sucesso. Como houve evolução para displasia broncopulmonar grave, foi realizada traqueotomia cerca dos 6 meses de vida, segundo a literatura é uma das causas mais frequentes de realização de traqueotomia na idade pediátrica.

Com 7 meses de vida foi transferida para a unidade de cuidados intensivos pediátricos para possível lobectomia pulmonar eletiva, com vista à melhoria da função respiratória, estando no serviço há 3 dias.

À chegada manteve-se ventilada invasivamente, sendo sedada e curarizada para otimização da função respiratória, mantendo-se estável a nível hemodinâmico. Foi submetida a exames complementares (TAC torácica) e foi-lhe colocado cateter central, ficando a aguardar decisão médica para realização de cirurgia. Após os resultados dos exames complementares realizados, reuniram as várias especialidades médicas para decidir qual a melhor abordagem, tendo reunido equipa de anestesia, pneumologia e cirurgia pediátrica. Nesta reunião foram avaliados todos os exames da criança, tendo-se decidido não realizar qualquer procedimento invasivo. Foi acordado que o benefício da lobectomia pulmonar à esquerda não seria efetivo, por não haver garantia de parênquima pulmonar restante suficiente nos restantes lobos pulmonares e envolveria um grande risco anestésico e cirúrgico. Ponderou-se punção percutânea do lóbulo inferior esquerdo, que também foi afastada por não haver apenas uma bolha, mas sim haver uma trama expansiva de ar no parênquima pulmonar com interconexões imprevisíveis podendo originar iatrogenia de pneumotórax, hemotórax e também não seria efetiva com fuga externa do ar ventilado pelo ventilador. Por último, transplante pulmonar poderia ser uma alternativa possível, mas só em Espanha, na Corunha e até à data com pouca experiência abaixo de 6

meses de idade. Assim, não havendo solução cirúrgica e por necessidade de vaga a criança foi transferida para a unidade de origem para continuidade dos cuidados.

A situação é passada durante o turno da manhã, no dia em que irá ser comunicada a decisão médica aos pais.

Na passagem de turno, a colega refere que a lactente se mantém estável a nível hemodinâmico, sedada, curarizada e ventilada pela traqueotomia e acompanhada pela mãe, aguardando a comunicação da decisão médica e posterior encaminhamento.

No início do turno, fomos verificar as medidas de segurança, que consiste na validação da identificação da criança através da pulseira de identificação, verificação das condições de segurança da unidade (grades, travões da cama, imobilizações), verificação de fontes de alimentação elétrica dos equipamentos, validação de parâmetros vitais monitorizados, confirmação da ativação e limites dos alarmes, verificação dos sistemas de perfusão e permeabilidade de dispositivos médicos, confirmação da parâmetros ventilatórios e verificação dos limites de alarme do ventilador, testagem do sistema de aspiração, verificação de existência de máscara e insuflador manual na unidade da criança, verificação da existência de debitómetro de O₂ corretamente adaptado à rampa e validação da conformidade de todas as perfusões em curso e a correta rotulagem de identificação, por forma a reduzir erros e riscos desnecessários. Verificou-se ainda a existência do *kit* de emergência à cabeceira da criança com cânula igual à da criança e cânula de número inferior ao da criança, embora não contivesse todos os materiais necessários, que foram devidamente providenciados, nomeadamente tiras de fixação extra e compressas de proteção. Não existia na cabeceira da criança o cartão de cabeceira, pelo que também foi colocado com a informação acerca da cânula de traqueotomia da criança.

Os pais não se encontravam junto da criança, tendo ido a casa para poderem realizar a sua higiene com mais conforto e poderem descansar um pouco.

Por necessidade de aspiração de secreções pela traqueotomia, começámos por prestar os cuidados. Tendo sido aspiradas secreções mucosas em moderada quantidade, esbranquiçadas, espessas pela traqueotomia e pela naso e orofaringe aspiradas secreções mucosas em abundante quantidade, esbranquiçadas e viscosas. Mantendo-se a criança, estável durante a aspiração de secreções.

De seguida houve necessidade de trocar a compressa de proteção da cânula por se encontrar com secreções, tendo sido realizado segundo a norma de procedimentos. Com técnica asséptica, procedeu-se à limpeza com soro fisiológico e compressas esterilizadas, da cânula, estoma e pele peri-estoma, uma compressa de cada vez e do centro para a periferia. Por a criança apresentar um pescoço curto, verificou-se a existência de uma zona de rubor por pressão dos dispositivos ventilatórios, na região infra-estoma, tendo sido aplicada placa de hidrocolóide na região para alívio da pressão. Não houve necessidade de mudança dos fixadores da cânula, mas ainda assim verificou-se a pele do pescoço, que se encontrava íntegra e limpa, mas com região de rubor cervical por prega cutânea, tendo sido aplicado creme hidratante.

De seguida foram prestados os restantes cuidados e reposicionada a criança para alívio da pressão.

A meio da manhã os pais chegaram e fomos apresentados e tentei validar os conhecimentos acerca dos cuidados específicos à criança com traqueotomia. Os pais já vinham de outra unidade e já tinham ensino, instrução e treino em relação à troca da compressa de proteção e dos fixadores da cânula de traqueotomia. Foram questionados acerca do ensino da técnica de aspiração, tendo verbalizado que apesar de já terem assistido várias vezes, nunca tinham sido instruídos nesse sentido. Ficou combinado então que na próxima manipulação iríamos realizar o ensino/instrução acerca da técnica de aspiração.

Entretanto a equipa médica entra no quarto da criança e reúne com os pais para comunicar a decisão multidisciplinar em relação ao procedimento cirúrgico. Pedi para ficar junto dos pais e assistir à reunião. Foi comunicado de forma clara, a gravidade da função respiratória e os benefícios e os riscos que implicavam a realização da abordagem cirúrgica, pelo que a equipa médica multidisciplinar opta por não realizar qualquer procedimento. Os pais foram esclarecidos sobre o possível futuro da criança que passará sempre pela existência de suporte ventilatório, mas que estando estável poderá ir para casa se os pais quiserem e tiverem condições e capacidades para tal. Informaram ainda que, não tendo necessidade de continuar nesta unidade, iria ser transferida o mais rápido possível para o hospital de origem, por necessidade de vaga.

Os pais ficaram visivelmente transtornados com a notícia, pois achavam que a sua criança iria ser operada para ficar melhor. Após a saída da equipa médica, continuei junto dos pais e perguntei se tinham compreendido tudo o que lhes tinha sido dito. Apesar de terem dito que sim, optei por recapitular tudo o que a equipa médica tinha dito numa linguagem mais simples e clara.

Os pais acabaram por ter uma reação bastante positiva perante esta notícia, verbalizando que apenas queriam levar a sua criança para casa, para poderem ser uma família completa. Perante esta postura dos pais, optei por tentar esclarecer acerca do que é realmente necessário para que uma criança como a deles, com traqueotomia, ventilada a ser alimentada por sonda nasogástrica, implicaria a mobilização de muitos recursos materiais e uma capacitação parental no que diz respeito a cuidados específicos, devendo até esta capacitação ser adquirida por um terceiro cuidador, com vista à descarga de pressão dos cuidados sobre os pais, ao que os pais se mostram disponíveis e motivados.

A mãe, apesar de todo este percurso doloroso, continua a extrair leite e pergunta como é que o poderá fazer. Dentro do quarto da criança procurou-se criar um espaço, com alguma privacidade, para que a mãe pudesse extrair o leite, por forma a manutenção do aleitamento materno.

Na manipulação seguinte, tal como combinado, os pais estavam presentes e foi explicado passo-a-passo a técnica de aspiração. Os pais foram realizando questões enquanto fomos explicando toda a técnica, tendo sido esclarecidas dúvidas e incentivada a continuidade de cuidados na unidade de origem.

Depois tivemos que preparar a criança para ser transferida e aguardámos pelo Transporte Inter-hospitalar Pediátrico (TIP) para transferir a criança. Enquanto o TIP não chegava, fomos falando com os pais e deixámos que eles verbalizassem os seus sentimentos. Desejámos que conseguissem levar a sua criança para casa e esclarecemos que existem apoios a que poderiam recorrer, nomeadamente monetários, e que deveriam esclarecer esse aspeto com a assistente social do hospital de origem, bem como na comunidade.

Entretanto, tivemos que passar o turno e a criança, bem como os pais ficaram a aguardar a transferência.

Sentimentos e Pensamentos:

Apesar de ter estado pouco tempo com esta criança e família, senti uma grande empatia com estes pais. Foi uma situação que levou à gestão de emoções, nomeadamente durante a reunião com a equipa médica e a comunicação aos pais de que não se iria realizar qualquer procedimento. Nessa altura, senti ansiedade, angústia, tristeza, preocupação e dor por perceber que de alguma forma as expectativas de cura e melhoria que estes pais tinham acerca da sua criança, foram eliminadas naquele momento.

Por fim, senti esperança e desafio em conseguir mobilizar estratégias que levassem estes pais a continuarem a querer ser capacitados na promoção do seu papel parental, mantendo acesa a esperança de poderem um dia levar a sua criança para casa.

Avaliação:

Analisando a situação ao pormenor, considero que a intervenção de enfermagem foi o mais adequada possível, tendo em conta o limite temporal e a gestão dos cuidados.

Considero que as reuniões deveriam ser multidisciplinares, incluir tanto a equipa de enfermagem como outros profissionais de saúde que, perante a comunicação de uma má notícia, poderiam ter tido uma abordagem mais estruturada, ou até uma preparação prévia multidisciplinar.

No que diz respeito à prestação de cuidados à criança com traqueotomia, esta decorreu de forma linear, respeitando as recomendações da Norma da DGS “Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias Respiratórias em Idade Pediátrica e no Adulto” (2017), das 235 *estrutura* 235 internacionais (Fuller, Wineland & Richter, 2021; Doherty et al., 2018; Paediatric Critical Care, 2016; Cincinnati Children’s, 2018; Volsko et al., 2021; Starship Child Health, 2020) e a norma de cuidados básicos à criança com traqueotomia e família da UCIP, revista por mim, onde foi promovido um ambiente seguro e cuidados de qualidade.

Devido à ansiedade perante a comunicação de más notícias aos pais, realizou-se o melhor acompanhamento possível, mas consciente da existência de lacunas neste tipo de abordagem. Este foi também um dos motivos que me levou à realização desta reflexão.

Considero ainda que, apesar de ter estado pouco tempo com esta criança e família, consegui prestar cuidados com vista à autonomia do papel parental, estando consciente de que deveria existir uma continuidade dos mesmos no hospital de origem, com vista a uma possível transição segura e com cuidados de qualidade para o domicílio.

Análise:

Na prestação de cuidados à criança com traqueotomia e família, foram mobilizadas várias competências do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica (Ordem dos enfermeiros, 2018).

A competência, *cuida da criança e família nas situações de especial complexidade* foi nesta situação evidente, permitindo mobilizar conhecimentos e habilidades para a prestação de cuidados específicos à criança com traqueotomia, com vista à majoração de ganhos em saúde (E2.4.). Nesta atuação, promovi a adaptação da família à doença crónica, capacitando-a para a adoção de estratégias de coping e de adaptação (E2.5.2.), estabelecendo com a família uma relação dinâmica (E.2.5.3), adequando o suporte às necessidades dos pais (E2.5.4.), desenvolvendo estratégias promotoras de esperança (E2.5.5.)

A competência *assiste a criança com a família, na maximização da sua saúde* também foi desenvolvida através da implementação, em parceria com os pais, de um plano de cuidados promotor da parentalidade (E1.1.), negociando a participação dos pais no processo de cuidar, rumo à independência (E1.1.1.). A comunicação estabelecida foi eficaz (E1.1.2.), utilizando estratégias motivadoras para a assunção do papel parental (E1.1.3.), proporcionando conhecimentos e aprendizagens de habilidades especializadas e individuais aos pais, facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos cuidados (E1.1.4). Procurei também e de forma sistemática oportunidades para trabalhar com os pais no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde (E1.1.5.),

facilitando a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança, no que diz respeito à técnica de aspiração de secreções pela cânula de traqueotomia (E1.2.8.).

A competência, *presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança*, também foi mobilizada, demonstrando conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com os pais (E3.3.1), no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura (E3.3.2), facilitando a comunicação expressiva de emoções (E3.4.1.). Conseguiu-se ainda promover a manutenção do aleitamento materno (E3.2.5.), facilitando um espaço com privacidade para a extração do mesmo. Através da negociação do envolvimento dos pais na prestação de cuidados (E3.2.6.), foram transmitidas orientações antecipatórias (E3.1.3.), utilizando estratégias promotoras de esperança (E3.2.3), com vista à capacitação parental para os cuidados específicos à criança com traqueotomia.

Conclusão:

O referencial teórico do processo de empoderamento descrito por Cheryl Gibson, “O processo de empoderamento nas mães de crianças com doenças crónicas” (Gibson, 1995), pode ser incluído na análise desta situação.

Este referencial teórico, descreve o processo de empoderamento em quatro fases, interdependentes e sobrepostas, sendo descritas como: *precondição*, *processo*, *resultados* e *consequências*.

A primeira fase denominada de “*precondição*”, a vinculação, o amor, o comprometimento e a responsabilidade pela criança, motivam e sustentam o processo de empoderamento.

A segunda fase designada de “*processo*”, é composta por quatro componentes: a descoberta da realidade, na qual as mães procuram informações acerca do estado de saúde do seu filho e assumem a responsabilidade sobre o cuidado; reflexão crítica, as mães refletem acerca da realidade e realizam mudanças nas suas vidas, desenvolvem uma sensação de poder pessoal adquirindo confiança nos seus conhecimentos para enfrentar a situação; assumir o controlo, as mães advogam a favor do filho, interagem com os profissionais de saúde e são firmes nos cuidados com vista às necessidades do seu filho ;

assegurar, as mães confiam nas suas competências e capacidades, mantendo a sensação de poder mesmo durante as mudanças de circunstâncias.

Em todo este processo, existe a frustração. Este fator é uma força poderosa que leva as mães a descobrir a realidade, a refletir sobre a situação e a atuar com vista à mudança, mantendo a sensação de poder pessoal. É descrito que nesta fase existem fatores influenciadores intrapessoais, como a experiência, a determinação, crenças, valores e suporte social.

A terceira fase intitulada de “resultado”, as mães participam ativamente nos cuidados, pois estão capacitadas e empoderadas.

A quarta fase apelidada de “consequência”, as mães adquirem novas competências mediante a vivência de todas as fases do processo de empoderamento.

Este referencial teórico, permite-nos na prática compreender em qual das fases de empoderamento se encontram os pais, tendo em conta a individualidade de cada um, para que possamos intervir e facilitar a transição para a fase seguinte, tornando-os parceiros no cuidar para depois permitir que sejam os pais os gestores dos cuidados ao seu filho.

Neste sentido, e analisando a situação à luz deste referencial teórico, podemos afirmar que estes pais se encontram na segunda fase designada de “processo”. Estes pais encontram-se entre duas componentes do processo: a descoberta da realidade, na qual procuram informações acerca do estado de saúde do seu filho e assumem a responsabilidade sobre o cuidado; e a reflexão crítica, refletindo acerca da realidade e realizando mudanças nas suas vidas, desenvolvendo uma sensação de poder pessoal adquirindo confiança nos seus conhecimentos para enfrentar a situação.

Devido à sua motivação, esperança e proatividade na aquisição de competências e habilidades nos cuidados específicos ao seu filho, estes pais irão rapidamente passar para o componente seguinte, assumir o controlo, advogando a favor do filho, interagindo com os profissionais de saúde e sendo firmes nos cuidados com vista às necessidades do seu filho.

A nossa abordagem ao promover a capacitação parental, irá contribuir para a transição da componente seguinte da fase de “processo” de empoderamento, assumir o controlo. Nem sempre esta componente é bem compreendida pelos profissionais de saúde, pelo que o conhecimento e divulgação deste referencial teórico, em contexto de unidades de cuidados

intensivos pediátricos, poderá ser uma mais-valia no entendimento, apoio e potenciamento dos pais no processo de empoderamento.

Planeamento da Ação:

Após reflexão acerca da situação descrita, e realizada pesquisa de evidência científica acerca da temática, podemos concluir que poderíamos ter tido uma abordagem diferente, mais estruturada na nossa ação.

A nossa atuação no que diz respeito ao apoio na comunicação com os pais foi de encontro ao preconizado no Guia orientador de boa prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização, emanado pela Ordem dos Enfermeiros (2015). Este guia refere ser fundamental a validação da informação com os pais e que estes, em situações de fragilidade, selecionam a informação que lhes é transmitida.

Neste sentido, o documento referido anteriormente recomenda as intervenções de enfermagem: promover a adaptação dos pais à doença; negociar com eles o papel parental; validar a informação; assisti-los no sofrimento, contribuindo desta forma para o processo de adaptação ao seu papel parental durante a hospitalização, o que foi realizado.

Deve ser tida em conta a vontade dos pais em participar nos cuidados e deve ser apoiada a sua iniciativa, através da parceria de cuidados, tal como foi realizado na situação prática (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Desta forma, conseguimos promover o desenvolvimento de conhecimentos e capacidades que os pais desejavam desenvolver.

O mesmo documento refere que o planeamento de programas de ensino, instrução e treino, devem ser considerados na promoção da parentalidade, assegurando os aspetos éticos, as expectativas dos pais e a sua cultura (Ordem do Enfermeiros, 2015).

Na situação descrita, foram sentidas mais lacunas na intervenção de enfermagem no acompanhamento após a transmissão de más notícias pela equipa médica.

São descritas, na literatura estratégias que a equipa multidisciplinar pode e deve desenvolver, com vista ao aumento da capacitação de comunicação de más notícias, estando mais bem preparados para estas situações tão delicadas.

Podem construir instrumentos que facilitem as suas estratégias comunicacionais, sendo referidos cartões educativos sobre estratégias de comunicação de más notícias, o que certamente iria facilitar a abordagem multidisciplinar nestas situações tão complexas e difíceis também para os profissionais de saúde (García-Quintero et al., 2022).

Outra estratégia referida na literatura é a realização de Workshop, onde um grupo de profissionais treina e assiste à comunicação de más notícias. Exemplo desta estratégia é o estudo de Kukora et al. (2020), em que dois elementos da equipa simulam a comunicação de más notícias estando os restantes atentos para poderem reformular as suas intervenções, trocando de lugar ao longo da sessão. No final, a maioria dos participantes no workshop referiu que não tinha treino ou experiência em comunicação de más notícias e que após a participação, as técnicas de improvisação ajudaram a melhorar a sua atitude junto dos utentes, sentiram-se mais disponíveis emocionalmente e maior capacitação de comunicar e ouvir.

Existem vários protocolos de atuação para os profissionais de saúde na comunicação de más notícias, sendo o mais comum o protocolo SPIKES, também conhecido como protocolo de Buckman por ser o autor principal.

Segundo Buckman (2005), o protocolo SPIKES fornece passos fáceis de fixar e que podem ser praticados até o profissional se sentir confortável na comunicação de más notícias.

Este protocolo é uma estratégia de abordagem que compreende 6 passos para comunicar más notícias, sendo eles:

1 – Setting (Ambiente)

Deve proporcionar-se um ambiente com privacidade, envolvendo as pessoas significativas;

Todos os intervenientes devem estar sentados;

Devemos estar atentos e calmos, respeitar o silêncio e mostrar disponibilidade.

2 – Perception (Antes de dizer, pergunte!)

Descobrir o que é que a família já sabe.

3 – Invitation

Descobrir o que a família quer saber.

4 – Knowledge (Aviso de que vai dar uma má notícia)

Começar por fazer uma preparação da má notícia;

Usar a mesma linguagem que a família usa;

Evitar linguagem técnica e científica;

Dar a informação em pequenas porções, adaptando às necessidades da família.

5 – Empathy (Resposta às emoções)

Passo 1: Ouça e identifique a emoção (ou mistura de emoções);

Passo 2: Identifique a causa ou fonte da emoção;

Etapa 3: Mostre à família que identificou as emoções e a sua origem;

Validar e normalizar os sentimentos demonstrados pela família.

6 – Strategy and summary (Plano de seguimento)

Sumarizar a informação fornecida;

Dar a oportunidade para colocarem questões;

Planear quais os passos futuros e qual o papel de cada um dos intervenientes de forma clara.

(Buckman, 2005)

Não podia estar mais de acordo com o autor quando refere que a tarefa de dar uma má notícia nunca é fácil, mas ter um plano de ação e saber que podemos apoiar a família nesse momento tão difícil pode ajudar bastante (Buckman, 2005).

Desta forma, e após esta reflexão, seria pertinente a existência de algum instrumento na unidade que pudesse facilitar a intervenção de enfermagem neste tema, como por

exemplo Cartões educativos com o protocolo SPIKES, ou uma adaptação do protocolo SPIKES às características da unidade.

Referências Bibliográficas:

Buckman, R (2005). Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. *Community oncology. Psychosocial oncology*. 2: 138-142. www.CommunityOncology.net

Cincinnati Children's (2018). Tracheotomy Care Handbook. <https://www.cincinnatichildrens.org/-/media/cincinnati%20childrens/home/health/t/tracheotomy-handbook/handbook-final.pdf?la=en>

DGS (2017a). Norma número: 011/2016, atualizada a 03/03/2017 – Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias Respiratórias em Idade Pediátrica e no Adulto. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/Indicacoes-Clinicas-e-Intervencao-nas-Ostomias-Respiratorias-em-Idade-Pediatrica-e-no-Adulto.pdf>

Doherty, C., Neal, R., English, C., Cooke, J., Atkinson, D., Bates, L., Moore, J., Monks, S., Bowler, M., Bruce, I., Bateman, N., Wyatt, M., Russell, J., Perkins, R. & McGrath, B. (2018). Multidisciplinary guidelines for the management of paediatric tracheostomy emergencies. *Anaesthesia*, 73, 1400-1417. Doi:10.1111/anae.14307

Fuller, C., Wineland, A. & Richter, G. (2021). Update on Pediatric Tracheostomy: Indications, Technique, Education, and Decannulation. *Current Otorhinolaryngology Reports*. 9: 188-199. <https://doi.org/10.1007/s40136-021-00340-y>

García-Quintero, X., Claros-Hulbert, A., Tello-Cajiao, M., Bolaños-Lopez, J., Cuervo-Suárez, M., Durán, M., Gómez-García, W., McNeil, M. & Baker, J. (2022). Using EmPalPed—Na

Educational Toolkit on Essential Messages in Palliative Care and Pain Management in Children—As a Strategy to Promote Pediatric Palliative Care. *Children*, 9, 838.
<https://doi.org/10.3390/children9060838>

Gibbs, G. (1988) *Learning by doing: A guide to teaching and learning methods*. Further Educational Unit, Oxford Polytechnic, Oxford.

Gibson, C (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 1201-1210.

Kukora, S., Batell, B., Umoren, R., Gray, M., Ravi, N., Thompson, C. & Zikmund-Fisher, B. (2020). Hilariously Bad News: Medical Improv as a Novel Approach to Teach Communication Skills for Bad News Disclosure. *Academic Pediatrics*, 20, 879-881.
<https://doi.org/10.1016/j.acap.2020.05.003>

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Cadernos da OE, Série I, n.º8.

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.

Paediatric Critical Care (2016). *Paediatric Tracheostomy Guidelines*.
<https://www.bsuh.nhs.uk/library/wp-content/uploads/sites/8/2020/06/Paediatric-Tracheostomy-Care-Guidelines.pdf>

Starship Child Health (2020). Tracheostomy management for na infant, child or young person. <https://starship.org.nz/guidelines/tracheostomy-management-for-na-infant-child-or-young-person/>

Volsko, T., Parker, S., Deakins, K., Walsh, B., Fedor, K., Valika, T., Ginier, E. & Strickland, S. (2021). AARC Clinical Practice Guideline: Management of Pediatric Patients With Tracheostomy in the Acute Care Setting. *Respiratory Care*. Vol 66. N.º 1. DOI: 10.4187/respcare.08137

Apêndice XVIII – Prestação de cuidados de elevada complexidade à criança em situação crítica e família na UCIP

Prestação de cuidados de elevada complexidade à criança em situação crítica e família.

No último dia deste estágio na UCIP, deparei-me com uma situação que me marcou particularmente, mas concomitantemente, permitiu a aquisição de outras competências na prestação de cuidados à criança em situação crítica e família.

A situação ocorreu no último dia de estágio, com uma criança de 3 anos em situação crítica, sedada, curarizada e ventilada e a realizar hemodiafiltração, devido a choque séptico. Já tinha prestado cuidados a esta criança, pelo que já existia uma relação terapêutica com os pais, apesar da barreira linguística (só falavam inglês). No final do turno, entrei no quarto e despedi-me da criança e do pai. Expliquei que iria continuar o meu percurso formativo noutra serviço, mas que desejava as melhoras do seu filho e muita força para poder acompanhar o filho neste processo tão difícil. O pai questionou-me acerca do horário da capela do hospital, ao que respondi que podia lá ir sempre que sentisse necessidade. Perguntei se era católico e o pai disse que não, mas que acreditava em todas as entidades religiosas, para ele todas eram válidas. Disse que a sua mãe era católica e que rezava muito pelo neto. Referi que se sentisse necessidade de falar com o capelão que podíamos agilizar esse encontro, ao que agradeceu e disse que iria pensar. Desejou-me boa sorte no meu percurso, agradeceu-me todos os cuidados que tinha prestado e mostrou-me vídeos do filho a brincar, a comer, enfim a ser criança. Ali ficámos em silêncio a ver os vídeos, a rir e a chorar, cerca de 20 minutos. Senti este momento como partilha de algo que não se consegue verbalizar e que a minha presença e disponibilidade, permitiram este momento de intimidade quase espiritual. No final, o pai chorava compulsivamente e fiquei com ele em silêncio, permitindo que desabafasse todo o sofrimento que estava a sentir. No final abraçámo-nos. Perguntei se precisava de alguma coisa, ao que respondeu que estava bem e que me desejava tudo de bom. Foi uma situação que não estava à espera, pelo que tive que gerir as minhas emoções por forma a poder apoiar este pai que aparentava estar em sofrimento extremo. Foi um momento de aprendizagem e crescimento tanto profissional, como pessoal, em que tomei consciência de que às vezes,

apenas a nossa presença e disponibilidade para estar com o outro, mesmo que em silêncio, é a resposta à necessidade de cuidado do outro.

Nesta situação de prestação de cuidados à criança em situação crítica e família foram desenvolvidas competências do EEESIP (Ordem dos Enfermeiros, 2018), *em resposta às necessidades de ciclo de vida e de desenvolvimento da criança*, demonstrando conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o pai (E3.3.1.), respeitando as suas crenças e a sua cultura (E3.3.2.) e facilitando a comunicação expressiva de emoções (E3.4.1.).

Apêndice XIX – Guia prático para os pais/cuidadores: Cuidados Básicos à Criança com Traqueotomia

Guia prático para os pais/cuidadores Cuidados Básicos à Criança com Traqueotomia



Outubro de 2022

Índice

| | |
|---|----|
| Introdução..... | 3 |
| O que é uma traqueotomia? | 3 |
| Como são as cânulas de traqueotomia? | 4 |
| O que são humidificadores? | 6 |
| Cuidados com a pele peri-estoma | 7 |
| Mudança dos fixadores da cânula de traqueotomia | 11 |
| Técnica de aspiração de secreções pela traqueotomia | 15 |
| Mudança da cânula de traqueotomia | 21 |
| O que deve conter o "Kit de emergência"?..... | 27 |
| Como esclarecer dúvidas? | 29 |
| Referências Bibliográficas:..... | 30 |

2

Introdução

Este guia pretende ser um instrumento orientador para os pais/cuidadores de crianças com traqueotomia.

Sendo um guia prático, apresenta os cuidados básicos passo-a-passo com imagens exemplificativas, tornando estes de fácil interpretação.

O que é uma traqueotomia?

Uma traqueotomia é um procedimento cirúrgico que consiste numa abertura temporária da traqueia, na qual se insere uma cânula de diâmetro adequado por forma a manter as vias aéreas permeáveis, ou seja, que a criança consiga respirar, sendo uma situação reversível.

Várias condições médicas podem exigir que a criança tenha que realizar uma traqueotomia, bem como o período de tempo que esta é necessária, variando de criança para criança.

3

Uma traqueostomia é um procedimento cirúrgico mais complexo, no qual é feito uma abertura cirúrgica da traqueia, sendo este definitivo e irreversível, pelo que a respiração é feita exclusivamente pelo orifício da traqueostomia. Menos comum em pediatria.

Como são as cânulas de traqueotomia?

As cânulas neonatais e as cânulas pediátricas são constituídas apenas por uma peça, não existindo cânula interna.

O "Kit" da cânula é composto por:

- Cânula;
- Condutor;
- Fita de Nastro.



4

As cânulas de adulto, também são usadas em crianças com mais de 12-14 anos e peso correspondente à idade. Estas cânulas têm 2 componentes que ficam adaptados à criança: cânula interna e cânula externa.

A cânula interna pode ser retirada e limpa pelo menos 2 vezes por dia, ou sempre que necessário, sem risco de alteração da respiração, pois a cânula externa não necessita de remoção para limpeza.

O "Kit" da cânula é composto por:

- Cânula externa
- Cânula interna
- Condutor;
- Fita de nastro;
- Tampa.



5

O que são humidificadores?

Quando uma criança é submetida a uma traqueotomia, o ar deixa de passar pelo nariz e garganta e desta forma, deixa de ser aquecido e humidificado.

É recomendado o uso de um humidificador ou nariz artificial, que deve ser colocado na entrada da cânula de traqueotomia.

Este humidificador deve ser substituído todos os dias e/ou sempre que necessário.



6

Cuidados com a pele peri-estoma

Preste cuidados à pele peri-estoma pelo menos duas vezes por dia, ou sempre que a compressa/penso de proteção de encontra sujo e/ou húmido.

Irá prevenir o aparecimento de complicações na pele!

Observe a pele e verifique Sinais de Alerta:

Se a pele está vermelha, com feridas ou dor, contactar a equipa multidisciplinar (Ver Como Esclarecer Dúvidas?)

Não deve aplicar pomadas na pele, só se tiver indicação médica!

Reúna todo o material necessário antes de começar:

- ✓ Lençol em rolo
- ✓ Soro fisiológico
- ✓ Água oxigenada (se secreções espessas de difícil remoção)
- ✓ Seringa de 10ml



7

- ✓ Octiset® (se sinais inflamatórios)
- ✓ Compressas esterilizadas
- ✓ Compressa de proteção ou penso de proteção

Como limpar a pele peri-estoma passo-a-passo:

- 1.º Lave as mãos
- 2.º Prepare todo o material
- 3.º Posicione a criança com ajuda de um rolo debaixo dos ombros
- 4.º Remova a compressa/penso de proteção da cânula



- 5.º Lave as mãos

8

6.º Observe a pele e vigie sinais de alerta



7.º Limpe a pele do estoma com compressa com soro fisiológico.

Inicie a limpeza junto à cânula e depois para fora, num só movimento, e uma compressa de cada vez.

Desta forma, irá prevenir infecções na pele!



9

8.º Se existirem secreções espessas e de difícil remoção realize uma mistura de 5 ml de água oxigenada + 5 ml de soro fisiológico. Aplique a mistura em compressas e limpe as secreções espessas.



9.º Se existirem sinais de infecção desinfete a pele com uma compressa com octicet®



10.º Deixe secar muito bem a pele

11.º Aplique compressa/penso de proteção

12.º Lavar as mãos

13.º Arrume todo o material

10

Mudança dos fixadores da cânula de traqueotomia

Deve realizar a troca dos fixadores todos os dias ou sempre que se encontrem sujos e/ou húmidos.

Previne infeções e feridas na pele.

Para mudar os fixadores da cânula de traqueotomia são necessárias duas pessoas.

Uma pessoa fica responsável por segurar a cânula, para que esta não saia acidentalmente, enquanto a outra pessoa faz a mudança dos fixadores.

Reúna todo o material necessário antes de começar:

- ✓ Lençol em rolo
- ✓ Soro fisiológico
- ✓ Creme hidratante
- ✓ Compressas
- ✓ Fita de nastro ou bandas de fixação em Velcro



11

- ✓ Tesoura de pontas redondas

Como mudar os fixadores da cânula de traqueotomia passo-a-passo:

1.º Lave as mãos

2.º Prepare todo o material

3.º Posicione a criança com ajuda de um rolo debaixo dos ombros

4.º Uma pessoa segura a cânula e distrai a criança.



12

5.º Outra pessoa remove o fixador antigo de um lado e aplica logo o fixador novo.



6.º Limpe a pele do pescoço com compressa com soro fisiológico, seque muito bem e aplique creme hidratante.



13

7.º Remova o fixador antigo do outro lado e aplique logo o fixador novo.



8.º Verifique se o imobilizador ficou com a medida correta.

Deve permitir a passagem do dedo indicador entre o pescoço e o fixador!

Previne a compressão da cânula na pele!

Evita o aparecimento de feridas!

Evita a descanulação acidental!



14

9.º Lave as mãos

10.º Arrume o material

Existem bandas de fixação em velcro comparticipadas a 100%, valide com a equipa multidisciplinar quais os mais adequados!

Técnica de aspiração de secreções pela traqueotomia

Aspire a sua criança sempre que necessário, e se:

- verifica a saída de secreções pela cânula;
- ouve uma respiração ruidosa;
- nota que a criança está com uma respiração mais acelerada;
- a criança tenta tossir;

15

- a criança está a ficar mais pálida ou cianótica (marmoreada e arroxeadas);
- os valores de oxigénio comecem a baixar (no caso de estar monitorizado).

Reúna todo o material antes de começar:

- ✓ Lençol em rolo
- ✓ Sonda de aspiração do calibre adequado
- ✓ "Luvas de palhaço" esterilizadas (na impossibilidade, mãos bem lavadas)
- ✓ Ressuscitador manual adequado
- ✓ Fonte de oxigénio (se prescrição médica)
- ✓ Aspirador de pressão regulável
- ✓ Soro fisiológico



16

Tenha em atenção que:

- ✓ O aspirador deve estar sempre regulado para pressões inferiores a 200mmHg.
- ✓ O número das sondas de aspiração (medida em French), deve ser o dobro do tamanho da cânula. O que corresponde a metade do diâmetro interno da cânula de traqueotomia, consulte a tabela.

| Tamanho da cânula | Número da sonda de aspiração |
|-------------------|------------------------------|
| 3.0 | Ch 6 |
| 3.5 | Ch 8 |
| 4.0 | Ch 8 |
| 4.5 | Ch 10 |
| 5.0 | Ch 10 |
| 5.5 | Ch 12 |
| 6.0 | Ch 12 |
| 6.5 | Ch 14 |

17

Permite aspirar, mas não tapa completamente a cânula, permitindo a passagem de ar!

- ✓ A sonda de aspiração deve ser introduzida apenas o comprimento da cânula (prevenir traumatismos)
- ✓ Cada aspiração não deve demorar mais de 10-15 segundos. Avalie se a criança necessita de oxigénio para recuperar!



Como aspirar passo-a-passo:

- 1.º Lave as mãos
- 2.º Prepare todo o material
- 3.º Posicione a criança com ajuda de um rolo debaixo dos ombros
- 4.º Ligue a sonda de aspiração ao tubo do aspirador

18

5.º Ligue o aspirador com uma pressão inferior a 200mmHg

6.º Com a mão dominante segure a sonda de aspiração com uma "luva de palhaço" calçada, na impossibilidade, segurar com as mãos bem lavadas.



7.º Introduza a sonda de aspiração pela cânula até ao limite recomendado.

Em seguida, pressione o vácuo e retire a sonda com movimentos rotativos e sempre a pressionar o vácuo.

8.º Se as secreções forem muito espessas:

19

Aplique 3 ou 4 gotas de soro fisiológico no interior da cânula;

Aspire de seguida.



9.º Limpe as secreções da sonda, pressionando o vácuo e aspirando soro fisiológico.

10.º Repita as aspirações, consoante a necessidade.

Espere 30 segundos entre cada aspiração para que a criança recupere.

11.º Conecte o oxigénio consoante a necessidade.

12.º Limpe e arrumar todo o material



20

13.º Lave as mãos

14.º Higienize o copo do aspirador a cada 24 horas ou SOS. (Prevenção de infeções)

Mudança da cânula de traqueotomia

A cânula de traqueotomia deve ser mudada uma vez por mês!

São necessárias duas pessoas!

A criança não deve ingerir nada (sólido ou líquido) pelo menos uma hora antes da mudança, porque a mudança da cânula pode provocar tosse e vômito.

21

Reúna todo o material necessário antes de começar:

- ✓ Lençol em rolo
- ✓ Sonda de aspiração do calibre adequado
- ✓ “Luvas de palhaço” esterilizadas (na impossibilidade, mãos bem lavadas)
- ✓ Ressuscitador manual adequado (máscara O para estoma e máscara facial adequada)
- ✓ Fonte de oxigénio (se prescrição médica)
- ✓ Aspirador de pressão regulável
- ✓ Soro fisiológico
- ✓ Compressas
- ✓ Fita de nastro ou bandas de fixação em Velcro
- ✓ Tesoura de pontas redondas
- ✓ Lubrificante em solução aquosa



22

Como mudar a cânula de traqueotomia passo-a-passo:

1.º Lave as mãos

2.º Prepare todo o material

3.º Posicione a criança com ajuda de um rolo debaixo dos ombros

4.º Ligue a sonda de aspiração ao tubo do aspirador

5.º Coloque luvas esterilizadas

5.º Se necessário aspire secreções antes da mudança da cânula.

6.º Prepare a cânula:

Introduza o condutor na cânula,



23

Lubrifique a cânula com o gel lubrificante



7.º Remova a compressa/penso de proteção antigo



8.º Limpe a pele peri-estoma com compressa com soro fisiológico e seque muito bem.

9.º Se existirem secreções muito aderentes usar a mistura de água oxigenada + soro fisiológico.

24

10.º Se o estoma e/ou pele peri-estoma apresentarem sinais inflamatórios, desinfete a pele com uma compressa com octiset® ou Clorhexidina.

11.º Remova a cânula antiga.



12.º Eleve o queixo da criança.

Insira a cânula nova, com o condutor.



25

Remova imediatamente o condutor!



13.º Fixe a cânula com o fixador adequado



14.º Verifique a colocação do fixador (deve permitir colocar o dedo indicador entre o pescoço e o fixador)



26

15.º Aplique a compressa/penso de proteção entre a cânula e a pele.



9.º Lave as mãos

10.º Arrume o material

O que deve conter o "Kit de emergência"?

Tenha sempre junto da criança um "kit de emergência" com todo o material necessário, bem como o algoritmo de emergência que deve seguir.

Assim está sempre pronto para atuar em caso de alguma emergência!

27

"Kit de emergência"

- ✓ Cânula traqueotomia igual à da criança
- ✓ Cânula traqueotomia n.º abaixo
- ✓ Aparelho de aspiração
- ✓ Sondas de aspiração adequadas
- ✓ Insuflador manual
- ✓ Soro fisiológico
- ✓ Fixadores extra
- ✓ Tesoura pontas redondas
- ✓ Lubrificante em gel
- ✓ Kit manual de aspiração
- ✓ Lista com n.º de urgência
- ✓ Algoritmo de emergência a seguir (será entregue pela equipa multidisciplinar)

28

Como esclarecer dúvidas?

Em caso de dúvidas utilize estes contactos:

Consulta de Otorrinolaringologia/Laringe

[Redacted]

Unidade móvel de apoio domiciliário

[Redacted]

Saúde 24 – 808 24 24 24

Em situações de emergência:

INEM – 112

29

Referências Bibliográficas:

Cincinnati Children's (2018). Tracheotomy Care Handbook. Disponível em: <https://www.cincinnatichildrens.org/-/media/cincinnati%20childrens/home/health/t/tracheotomy-handbook/handbook-final.pdf?la=en>

DGS (2017). Norma Número: 011/2016 data: 28/10/2016 atualização 03/03/2017 - Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias Respiratórias em Idade Pediátrica e no Adulto. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/Indicacoes-Clinicas-e-Intervencao-nas-Ostomias-Respiratorias-em-Idade-Pediatica-e-no-Adulto.pdf>

Paediatric Critical Care (2016). Paediatric Tracheostomy Guidelines. Disponível em: <https://www.bsuh.nhs.uk/library/wp-content/uploads/sites/8/2020/06/Paediatric-Tracheostomy-Care-Guidelines.pdf>

Volsko T, et al (2021). AACR Clinical Practice Guideline: Management of Pediatric Patients With Tracheostomy in the Acute Care Setting. Respiratory Care. Vol 66. N.º 1. DOI: 10.4187/respcare.08137

Elaborado por:

Enf.ª Joana Cereja, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica—Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação do EESIP e Mestre [Redacted]; Sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Ramos.

30

Apêndice XX – Manequim low cost elaborado pela autora UCIP



Apêndice XXI – Formulário para a avaliação do “Guia prático para os pais/cuidadores: Cuidados Básicos à Criança com Traqueotomia”

Avaliação do “Guia prático para os pais/cuidadores: Cuidados Básicos à Criança com Traqueotomia”

Peço a sua colaboração na avaliação do “**Guia prático para os pais/cuidadores: Cuidados Básicos à Criança com Traqueotomia**”, realizado como material educativo para os pais. Irá demorar uns breves minutos. Este Guia foi realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica—Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde e irá ficar disponível após aprovação, para a equipa de enfermagem do serviço poder distribuir aos pais/cuidadores.

Pretendo que avalie se as mensagens principais estão presentes no guia, se a linguagem está clara, se a informação está adequada e se as recomendações estão completas e corretas.

Obrigada pela sua disponibilidade!

Avaliação da mensagem principal e apela à ação

2. O material contém uma declaração de mensagem principal?

Uma mensagem principal é o conteúdo que se deseja comunicar a uma pessoa ou grupo.

Sim

Não

2. A mensagem principal está no início ou na frente do material?

A mensagem principal deve estar no primeiro parágrafo ou seção.

Sim

Não

2. A mensagem principal é enfatizada com dicas visuais?

Exemplo: Realço da cor das letras, títulos, sublinhados.

Sim

Não

2. O material contém pelo menos uma imagem visual que transmita ou suporte a mensagem?

Sim

Não

2. O material inclui um ou mais apelos à ação?

Sim

Não

Idioma

2. Tanto a mensagem principal como o texto usam a voz ativa?

Sim

Não

2. O material usa sempre palavras que o público-alvo conhece/usa?

Se os termos específicos ou desconhecidos forem explicados ou descritos, responda sim.

Sim

Não

Design de Informação

2. O material usa listas com marcadores ou numerados?

Sim

Não

2. O material está organizado em blocos com títulos?

Sim

Não

2. As informações mais importantes estão resumidas no início de cada secção?

Sim

Não

Estado da Ciência

11. O material explica quais as fontes específicas no assunto e o que sabem e não sabem sobre o assunto?

Sim

Não

Recomendações Comportamentais

12. O material inclui uma ou mais recomendações para o público-alvo?

Sim

Não

13. O material explica porque as recomendações são importantes?

Sim

Não

14. As recomendações incluem orientações específicas sobre como realizar o comportamento?

Sim

Não

Comentários/Sugestões de melhoria

Apêndice XXII – Resultado da avaliação do “Guia prático para os pais/cuidadores: Cuidados Básicos à Criança com Traqueotomia”

Avaliação do “ Guia prático para os pais/cuidadores: Cuidados Básicos à Criança com Traqueotomia”

Peço a sua colaboração na avaliação do “Guia prático para os pais/cuidadores: Cuidados Básicos à Criança com Traqueotomia”, realizado como material educativo para os pais. Irá demorar uns breves minutos.

Este Guia foi realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica—Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde e irá ficar disponível após aprovação, para a equipa de enfermagem da UCIP e pais/cuidadores.

Pretendo que avalie se as mensagens principais estão presentes no guia, se a linguagem está clara, se a informação está adequada e se as recomendações estão completas e corretas. Obrigada pela sua disponibilidade!

| Questões | Respostas de Indivíduos | | | | | | |
|---|-------------------------|---|---|---|---|---|---|
| | A | B | C | D | E | F | G |
| Parte A: Núcleo Os itens desta seção (1-11) aplicam-se a todos os materiais. | | | | | | | |
| Avaliação da mensagem principal como apelo à ação | | | | | | | |
| 1. O material contém uma declaração de mensagem principal? <i>Uma mensagem principal é o conteúdo que se deseja comunicar a uma pessoa ou grupo.</i> | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 2. A mensagem principal está no início, no início ou na frente do material? <i>A mensagem principal deve estar no primeiro parágrafo ou seção.</i> | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 3. A mensagem principal é enfatizada com dicas visuais? Exemplo: Realço da cor das letras, títulos, sublinhados. | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 4. O material contém pelo menos uma imagem visual que transmita ou suporte a mensagem principal? <i>Por exemplo, conte fotografias, desenhos de linha, gráficos e infográficos como recursos visuais.</i> | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |

| | | | | | | | |
|--|-------------|--------------|--------------|-------------|-------------|---------------|---------------|
| 5. O material inclui um ou mais apelos à ação para o público-alvo? <i>Se o material incluir uma recomendação comportamental específica, uma solicitação para obter mais informações, uma solicitação para compartilhar informações com outra pessoa ou um amplo pedido de mudança, responda sim.</i> | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Idioma | | | | | | | |
| 6. Tanto a mensagem principal, como o texto usam a voz ativa? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 7. O material usa sempre palavras que o público-alvo conhece/usa? <i>Se todos os termos especializados ou desconhecidos forem explicados ou descritos na primeira vez que forem usados, responda sim.</i> | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Design de Informação | | | | | | | |
| 8. O material usa listas com marcadores ou numeradas? | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 9. O material está organizado em blocos com títulos? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| 10. As informações mais importantes estão resumidas no início de cada seção? <i>As informações mais importantes devem incluir a mensagem principal. Uma seção é um bloco de texto entre títulos.</i> | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| Estado da Ciência | | | | | | | |
| 11. O material explica quais são as fontes especialistas no assunto e o que sabem e não sabem sobre o assunto? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| Pontuação da Parte A Total ____ / 11 | 1 | 0,909 | 0,909 | 1 | 1 | 0,9091 | 0,7273 |
| | 100% | 91% | 91% | 100% | 100% | 91% | 73% |
| | | | | | | | 92% |

| | | | | | | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|---------------|------------|
| | | | | | | | | |
| Parte B: Recomendações Comportamentais. | | | | | | | | |
| 12. O material inclui uma ou mais recomendações comportamentais para o público principal? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| 13. O material explica por que as recomendações comportamentais são importantes para o público-alvo? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | |
| 14. As recomendações comportamentais incluem orientações específicas sobre como realizar o comportamento? <i>Isso pode incluir instruções passo a passo ou uma descrição simples.</i> | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| Pontuação da Parte B Total ____ / 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0,6667 | |
| | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 67% | 95% |

| | | | | | | | | |
|--|-------------|------------|------------|-------------|-------------|------------|------------|------------|
| Calcular a pontuação para o material | | | | | | | | |
| 1) TOTAL DE RESPOSTAS (A+B) | 14 | 13 | 13 | 14 | 14 | 13 | 9 | |
| 2) TOTAL DE PONTOS POSSÍVEIS (A+B) | 14 | 14 | 14 | 14 | 14 | 14 | 14 | |
| TOTAL GLOBAL EM PERCENTAGEM 1) / 2) X 100 | 100% | 93% | 93% | 100% | 100% | 93% | 64% | 92% |

Apêndice XXIII – *Checklist's* das Intervenções de Enfermagem na capacitação de pais/cuidadores de crianças com traqueotomia

Capacitar os pais/cuidadores de crianças com Traqueotomia: Intervenções de Enfermagem

Estas *checklist* têm como objetivo serem um instrumento orientador para a capacitação de pais/cuidadores de crianças com Traqueotomia.

O seu preenchimento irá facilitar a organização dos cuidados à Criança/família, permitindo uma continuidade dos mesmos.

Foram elaboradas seguindo as orientações da DGS (Norma nº 011/2016 de 28/10/2016 atualizada a 03/03/2017), *Guidelines* internacionais (Paediatric Critical Care, 2016; Starship Child Health, 2018; Starship Child Health, 2020; Trach Team, 2017; Volsko et al., 2021) e usando linguagem CIPE® (ICN, 2018; Ordem dos Enfermeiros, 2016).

Cuidados iniciais (pré-operatório/peri-operatório)

| Intervenção de Enfermagem | | Ensinar | Instruir | Treinar | Supervisionar | Observações |
|--|--|---------|----------|---------|---------------|-------------|
| Conceito de traqueotomia | | | | | | |
| Finalidade da traqueotomia | | | | | | |
| Material necessário | | | | | | |
| Aquisição do material necessário | | | | | | |
| Periodicidade de troca de dispositivos | | | | | | |
| Alimentação e hidratação | | | | | | |
| Comunicação | | | | | | |
| Vestuário | | | | | | |
| Apoio profissional | Guia prático para pais | | | | | |
| | Recursos após a alta (Contactos de emergência) | | | | | |

Cuidados ao estoma e pele peri-estoma

| Intervenção de Enfermagem | | Ensinar | Instruir | Treinar | Supervisionar | Observações |
|--|--|---------|----------|---------|---------------|-------------|
| Material necessário | | | | | | |
| Aquisição do material necessário | | | | | | |
| Higienização das mãos | | | | | | |
| Posicionamento da criança | | | | | | |
| Periodicidade dos cuidados ao estoma e pele peri-estoma | | | | | | |
| Técnica dos cuidados ao estoma e pele peri-estoma | Remoção da compressa de proteção | | | | | |
| | Limpeza do estoma e pele peri-estoma com soro fisiológico | | | | | |
| | Se secreções muito espessas e de difícil remoção, limpeza com mistura de água oxigenada (5ml) com soro fisiológico (5ml) | | | | | |
| | Aplicação de nova compressa de proteção | | | | | |
| Alterações do estoma e pele peri-estoma | | | | | | |
| Atuação em caso de complicações do estoma e pele peri-estoma | | | | | | |

Aspiração de secreções pela traqueotomia

| Intervenção de Enfermagem | | Ensinar | Instruir | Treinar | Supervisionar | Observações |
|--|---|---------|----------|---------|---------------|-------------|
| Reconhece sinais da necessidade de aspiração de secreções | | | | | | |
| Higienização das mãos | | | | | | |
| Material necessário | | | | | | |
| Aquisição do material necessário | | | | | | |
| Posicionamento da criança | | | | | | |
| Técnica de aspiração (Duração de cada aspiração 10-15 segundos) | Regulação da pressão no aspirador | | | | | |
| | Conexão da sonda de aspiração ao tubo do aspirador | | | | | |
| | Segurar a sonda com a mão dominante com luva de palhaço calçada | | | | | |
| | Introdução da sonda de aspiração até ao limite recomendado | | | | | |
| | Pressionar o vácuo e retirar a sonda com movimentos rotativos | | | | | |
| | Se secreções espessas – aplicar 3 a 4 gotas de soro fisiológico no interior da cânula e aspirar de imediato | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| Repetir as aspirações consoante a necessidade (30 segundos entre cada aspiração) | | | | | |
| Limpar as secreções da sonda, aspirando um pouco de soro fisiológico | | | | | |
| Verificar a necessidade de fornecer oxigénio | | | | | |
| Higienizar o copo do aspirador todos os dias ou SOS | | | | | |

Administração de oxigénio pela cânula de traqueotomia

| Intervenção de Enfermagem | Ensinar | Instruir | Treinar | Supervisionar | Observações |
|--|----------------|-----------------|----------------|----------------------|--------------------|
| Higienização das mãos | | | | | |
| Material necessário | | | | | |
| Aquisição do material necessário | | | | | |
| Posicionamento da criança | | | | | |
| Técnica de administração de oxigénio pela cânula de traqueotomia | | | | | |
| Verificar a necessidade de manter oxigénio suplementar | | | | | |

Realização de insuflações com ressuscitador manual

| Intervenção de Enfermagem | Ensinar | Instruir | Treinar | Supervisionar | Observações |
|---|---------|----------|---------|---------------|-------------|
| Higienização das mãos | | | | | |
| Material necessário | | | | | |
| Aquisição do material necessário | | | | | |
| Posicionamento da criança | | | | | |
| Técnica de insuflação com ressuscitador manual (Adaptação da pressão e frequência consoante a faixa etária da criança) | | | | | |

Realização de aerossolterapia

| Intervenção de Enfermagem | Ensinar | Instruir | Treinar | Supervisionar | Observações |
|--|---|----------|---------|---------------|-------------|
| Higienização das mãos | | | | | |
| Material necessário | | | | | |
| Aquisição do material necessário | | | | | |
| Posicionamento da criança | | | | | |
| Técnica de realização de aerossolterapia | Adaptação do nebulizador à cânula de traqueotomia e ao ressuscitador manual Por cada puf administrado devem ser realizadas 3 insuflações | | | | |

Cuidados na mudança dos fixadores da cânula de traqueotomia

| Intervenção de Enfermagem | | Ensinar | Instruir | Treinar | Supervisionar | Observações |
|--|--|---------|----------|---------|---------------|-------------|
| Periodicidade da mudança dos fixadores (diariamente ou SOS) | | | | | | |
| Material necessário | | | | | | |
| Aquisição do material necessário | | | | | | |
| Higienização das mãos | | | | | | |
| Posicionamento da criança | | | | | | |
| Técnica da mudança dos fixadores | Enquanto um cuidador segura a cânula outro cuidador troca os fixadores | | | | | |
| | Remoção do fixador de um dos lados com colocação simultânea do novo fixador | | | | | |
| | Cuidados à pele do pescoço | | | | | |
| | Reconhece alterações da pele do pescoço | | | | | |
| | Atuação em caso de alterações da pele do pescoço | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | Remoção do fixador do outro lado da cânula, com colocação simultânea do novo fixador | | | | | |
| Verificação da margem de segurança entre a pele e o fixador (passagem do dedo indicador) | | | | | | |

Cuidados na mudança da cânula de traqueotomia

| Intervenção de Enfermagem | | Ensinar | Instruir | Treinar | Supervisionar | Observações |
|---|--------------------------------------|---------|----------|---------|---------------|-------------|
| Material necessário | | | | | | |
| Aquisição do material necessário | | | | | | |
| Periodicidade da mudança da cânula (Após a alta mensalmente) | | | | | | |
| Higienização das mãos | | | | | | |
| Posicionamento da criança | | | | | | |
| Reconhece necessidade de aspiração de secreções | | | | | | |
| Preparação da cânula nova | Introdução do condutor na cânula | | | | | |
| | Lubrificação da cânula | | | | | |
| Técnica da mudança da cânula | Remoção da compressa de proteção | | | | | |
| | Limpeza do estoma e pele peri-estoma | | | | | |
| | Remoção dos fixadores da cânula | | | | | |
| | Remoção da cânula antiga | | | | | |
| | Elevação do queixo | | | | | |
| | Introdução da cânula nova | | | | | |
| | Rápida remoção do condutor da cânula | | | | | |
| Fixação da cânula nova | | | | | | |
| Verificação da margem de segurança entre a pele e o fixador | | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| Aplicação de compressa/penso de proteção | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

Cuidados em caso de emergência

| Intervenção de Enfermagem | | Ensinar | Instruir | Treinar | Supervisionar | Observações |
|---|---|--------------------------------------|----------|---------|---------------|-------------|
| Verificação das condições de segurança | | | | | | |
| Verificação do estado de consciência | | | | | | |
| Pedir ajuda | | | | | | |
| Permeabilidade da via aérea | Verificação da colocação da cânula de traqueotomia | | | | | |
| | Remoção dos anexos (tampas, filtros, válvulas) | | | | | |
| | Aspiração da cânula (sonda de aspiração passa 8 cm) | | | | | |
| | Cânula Obstruída | 1ª Abordagem Tamanho igual | | | | |
| | 2ª Abordagem Tamanho abaixo | | | | | |
| | 3ª Abordagem Tamanho abaixo com sonda de aspiração como guia | | | | | |
| Ver, ouvir e sentir Boca e Traqueotomia | | | | | | |
| 5 Insuflações iniciais | SE via aérea superior NORMAL Respiração boca a boca/Ambu com máscara facial na face Cobrir o estoma (mão, penso, compressas) | | | | | |

| | | | | | | |
|--------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| | SE via aérea superior BLOQUEADA Respiração boca – estoma | | | | | |
| Pesquisar sinais de vida | | | | | | |
| SBV (15 compressões: 2 insuflações) | | | | | | |
| Certificar que a ajuda vem a caminho | | | | | | |

Em caso de sangramento abundante pela traqueotomia

| Intervenção de Enfermagem | Ensinar | Instruir | Treinar | Supervisionar | Observações |
|---|----------------|-----------------|----------------|----------------------|--------------------|
| Pedir ajuda imediatamente/ Chamar 112 (Domicílio) | | | | | |
| Aspirar as secreções/sangue para a criança não asfixiar | | | | | |
| Fornecer oxigénio na traqueia e na face, se duas fontes de O2 disponíveis | | | | | |
| Se deixar de respirar iniciar SBV | | | | | |
| Certificar que a ajuda vem a caminho | | | | | |

Referências Bibliográficas:

DGS (2017). Norma Número: 011/2016 data: 28/10/2016 atualização 03/03/2017 – Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias Respiratórias em Idade Pediátrica e no Adulto. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/Indicacoes-Clinicas-e-Intervencao-nas-Ostomias-Respiratorias-em-Idade-Pediatica-e-no-Adulto.pdf>

International Council of Nurses [ICN] (2018). CIPE® - Português. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese_translation.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2016). CIPE® Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Edição portuguesa. https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf

Paediatric Critical Care (2016). Paediatric Tracheostomy Guidelines. <https://www.bsuh.nhs.uk/library/wp-content/uploads/sites/8/2020/06/Paediatric-Tracheostomy-Care-Guidelines.pdf>

Starship Child Health (2018). Going home with a Tracheostomy. Nurse Educators and ENT Nurse Specialist.

Starship Child Health (2020). Tracheostomy management for na infant, child or young person. <https://starship.org.nz/guidelines/tracheostomy-management-for-na-infant-child-or-young-person/>

Trach Team (2017). A Guide for Caring for your Child. Children's health

Volsko T, Parker S, Deakins K, Walsh B, Fedor K, Valika T, Ginier E & Strickland S (2021). AARC Clinical Practice Guideline: Management of Pediatric Patients With Tracheostomy in the Acute Care Setting. Respiratory Care. Vol 66. N.º 1. DOI: 10.4187/respcare.08137

Realizado por:

Enf.ª Joana Cereja, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica—Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação do EEESIP e Mestre [REDACTED]; Sob a orientação da Professora Dr.ª Sílvia Ramos.

Apêndice XXIV – Exemplo dos *Kit's* de emergência elaborados pela autora

Figura 8 – Vista do Kit de emergência fechado



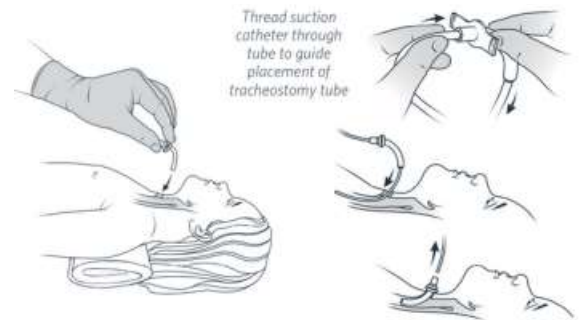
Figura 9 – Vista do kit de emergência aberto



Apêndice XXV – SBV Pediátrico: Criança com Traqueotomia

SBV Pediátrico Criança com Traqueotomia

Figura 1 - Como usar a sonda de aspiração como condutor da cânula



Fonte - Starship Child Health (2020). Tracheostomy management for na infant, child or young person.
<https://starship.org.nz/guidelines/tracheostomy-management-for-an-infant-child-or-young-person/>

1- Verificar condições de segurança

2- Estado de Consciência

3- Pedir ajuda (2ª pessoa + INEM)

4- Permeabilizar a via aérea
Verifique e abra as vias aéreas da criança
Verifique se a cânula de traqueotomia está colocada

SIM

Remova todos os anexos, como tampas, filtros e válvulas.

Aspire a cânula de traqueotomia
Passe a sonda até pelo menos 8cm

SIM

5- Ver, ouvir e sentir (10seg)
Boca e traqueostomia
Respira?

NÃO

6- 5 insuflações iniciais

INSUFLAÇÕES DE EMERGÊNCIA

A cânula de traqueostomia não está funcionando.

É necessário realizar insuflações.

Remova a cânula de traqueostomia completamente!

SE via aérea superior NORMAL

Respiração boca a boca/Ambú com máscara facial na face

Cobrir o estoma (mão, penso, compressas)

SE via aérea superior BLOQUEADA

Respiração boca - estoma

7- Pesquisar sinais de vida

NÃO

8- SBV (15 compressões: 2 insuflações)

Continue SBV até a criança responder ou ter uma respiração normal
Certifique-se de que a ajuda está a caminho

NÃO

NÃO

SIM

SIM

CÂNULA DE TRAQUEOTOMIA OBSTRUÍDA

Se não consegue passar a sonda de aspiração, mude imediatamente a cânula de traqueotomia

1ª Abordagem - Insira nova cânula de traqueotomia do mesmo tamanho

2ª Abordagem - Insira nova cânula de traqueotomia tamanho abaixo

3ª Abordagem (Figura acima):

Passa a sonda de aspiração através da cânula de tamanho abaixo;

Insira a sonda de aspiração no estoma;

Use a sonda de aspiração para guiar a cânula de traqueotomia no estoma.

Vigilância e reavaliação da criança

Referências Bibliográficas:

Doherty, C., Neal, R., English, C., Cooke, J., Atkinson, D., Bates, L., Moore, J., Monks, S., Bowler, M., Bruce, I., Bateman, N., Wyatt, M., Russell, J., Perkins, R. & McGrath, B. (2018). Multidisciplinary guidelines for the management of paediatric tracheostomy emergencies. *Anaesthesia*, 73, 1400-1417. Doi:10.1111/anae.14307

INEM & DFEM (2017). Manual de Suporte Básico de Vida Pediátrico. Versão 3.0 – 1ª edição 2017.
<https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/09/Suporte-B%C3%A1sico-de-Vida-Pedi%C3%A1trico.pdf>

Resuscitation Council UK (2022). Paediatric emergency algorithms & resources. Guidelines 2021. Version 1.
<https://www.resus.org.uk/sites/default/files/2022-03/RCUK%20Paediatric%20emergency%20algorithms%20and%20resources%20Mar%202022%20V1.pdf>

Skellett, S., Maconochie, I., Bingham, B., Worrall, M., Scholefield, B., Johnson, M., Page, M., Andre, L., Wyllie, J., Lockey, A. & Hampshire, S. (2021). Paediatric advance life support Guidelines. Resuscitation Council UK.
<https://www.resus.org.uk/print/pdf/node/11331>

Starship Child Health (2020). Tracheostomy management for na infant, child or young person.
<https://starship.org.nz/guidelines/tracheostomy-management-for-na-infant-child-or-young-person/>

Van de Voorde, P., Turner, N., Djakow, J., Lucas, N., Martinez-Mejias, A., Biarent, D., Bingham, R., Brissaud, O., Hoffmann, F., Johannesdottir, G., Lauritsen, T. & Maconochie, I. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Paediatric Life Support. *Resuscitation*, 161. 327-387. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.015>

Realizado por:

Enf.ª Joana Cereja, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica—Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação do EEESIP e Mestre [REDACTED]; Sob a orientação da Professora Dr.ª Silvia Ramos.

Apêndice XXVI – Norma de Cuidados Básicos de Enfermagem à Criança com Traqueotomia

1. OBJECTIVOS

- Uniformizar procedimentos nos cuidados de enfermagem à criança com traqueotomia;
- Otimizar os cuidados de enfermagem à criança com traqueotomia;
- Facilitar a integração de novos elementos na equipa de enfermagem;
- Facilitar os ensinamentos aos cuidadores/ criança.

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

- Todos os enfermeiros que exercem funções na UCIP.

3. RESPONSABILIDADES

3.1. Pela implementação do Procedimento:

- Grupo de trabalho e enfermeiros que exercem funções na UCIP.

3.2. Pela revisão do procedimento:

Grupo de trabalho da UCIP

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

EtCo2 – Concentração de Dióxido de carbono nos gases expirados

Fig. – Figura

h – Hora

mmHg – Milímetro de mercúrio

O2 – Oxigénio

% - Percentagem

Elaborado por: Enf^a Joana Cereja, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica—Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação do EEESIP e Mestre [REDACTED]; Sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Ramos.

Nº PÁGS.

1/27

5. DEFINIÇÃO

As crianças que necessitam de traqueostomia para manter a permeabilidade das vias aéreas ou para facilitar o suporte mecânico ventilatório a longo prazo, requerem cuidados abrangentes e cuidadores treinados e competentes que consigam gerir os complexos cuidados em segurança. Deste modo, é recomendado um planeamento estruturado de cuidados, a promoção da capacitação parental e o apoio clínico e psicossocial da criança com traqueostomia e família (Volsko *et al*, 2021).

Uma traqueotomia é um procedimento cirúrgico que consiste numa abertura temporária da traqueia, na qual se insere uma cânula de diâmetro adequado por forma a manter as vias aéreas permeáveis (DGS, 2017).

Uma traqueostomia é um procedimento cirúrgico mais complexo, no qual é feita uma abertura cirúrgica da traqueia, seguida de sutura do orifício cutâneo, sendo este definitivo e irreversível, pelo que a respiração é feita exclusivamente pelo orifício da traqueostomia (DGS, 2017).

6. INDICAÇÕES

Segundo a Norma da DGS n.º 011/2016, revista a 03/03/2017, a realização de ostomias respiratórias em crianças deve ser equacionada em situações de necessidade de ventilação prolongada, sendo este um conceito amplo que vai de 2 a 134 dias de acordo com a patologia, e nas seguintes situações clínicas:

Prematuridade;

| | |
|--|------------------|
| Elaborado por: En.ª Joana Cereja, Mestrada do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica—Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação do EEESIP e Mestre [REDACTED]; Sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Ramos. | Nº PÁGS. 2/27 |
|--|------------------|

Doenças neuromusculares;

Malformações congénitas.

Podem ainda ter indicação para cirurgia de emergência, as crianças que apresentem obstrução da via aérea não havendo outra opção de via respiratória, devido a causa traumática, tumoral ou corpo estranho (DGS, 2017).

A criança, se tiver entendimento para tal, bem como o seu representante legal, devem ser informados e esclarecidos acerca da necessidade do acompanhamento clínico na ostomia respiratória e dos cuidados inerentes, dos benefícios e dos riscos do tratamento e quando deve contactar a equipa de saúde. Para tal, deve ser obtido um consentimento informado escrito de acordo com a Norma n.º 015/2013 “Consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito” (DGS, 2017).

7. DESCRIÇÃO

PONTOS CHAVE

- A criança com traqueotomia tem direito ao acesso a um serviço disponível 24h/dia que sirva como suporte para eventuais dúvidas e necessidades;
- Após a traqueotomia, nas primeiras 24h a 48 horas, a compressa ou penso de proteção não devem ser trocados, bem como os fixadores, pelo risco de descanulação;
- Terminado este período, os cuidados à cânula e ao estoma devem ser feitos duas vezes dia ou sempre que necessário;
- Na unidade da criança deve estar:
 - Sempre disponível um **Kit de emergência** (o condutor da cânula da criança; uma cânula de traqueotomia do mesmo tamanho e outra de tamanho abaixo; uma tesoura de pontas redondas; Octiset®; fixador de cânula extra), ressuscitador manual com máscara adequada à criança e máscara O para o estoma;

| | |
|--|-------------------------|
| Elaborado por: Enf.ª Joana Cereja, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica—Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação da EESIP e Mestre [REDACTED]; Sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Ramos. | Nº PÁGS. 3/27 |
|--|-------------------------|

Figura 2
 Kit de Emergência de traqueotomia (fechado)

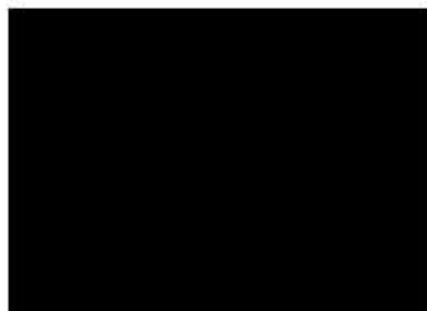


Figura 1
 Kit de Emergência de traqueotomia (aberto)



- Sempre visível o cartão de cabeceira, onde consta a informação acerca da cânula de traqueotomia, método cirúrgico e permeabilidade da via aérea superior, bem como o algoritmo de emergência a seguir.

Figura 3
 Cartão de Cabeceira da Instituição



| | |
|---|-----------------------------|
| Elaborado por: EnC ⁺ Joana Correia, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica – Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação do EEESP ⁺ e Mestre [REDACTED]; Sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Ramos. | Nº PÁGS. 4/27 |
|---|-----------------------------|



Figura 4
Algoritmo de Emergência na Criança Traqueotomizada da Instituição



- Os procedimentos à criança com traqueotomia devem ser realizados por duas pessoas;
- Antes dos procedimentos a criança deve suspender a alimentação (cerca de 1h antes);
- Manter os cuidados básicos à criança, bem como o seu ensino aos cuidadores para prevenir complicações e diminuir o tempo de internamento;
- A capacitação da criança/cuidadores deve ser iniciada o mais precocemente possível, de preferência na fase pré-operatória.

8. PROCEDIMENTOS

8.1. Cuidados de Higiene com a pele periférica e estoma

Feridas peri-estoma e úlceras de pressão são uma importante preocupação no período peri-operatório nas crianças submetidas a traqueotomia. Cuidados estruturados e continuados ao estoma e pele peri-estoma, reduzem as potenciais complicações. Ainda

| | |
|---|------------------|
| Elaborado por: EnC ^o Joana Cereja, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica—Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação do EEESIP e Mestre [REDACTED]; Sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Ramos. | Nº PÁGS. 5/27 |
|---|------------------|



Cuidados Básicos de Enfermagem à Criança com Traqueotomia

assim, está descrito que ocorrem úlceras de pressão em quase 10% de todas as traqueotomias. Está recomendado o uso de Maltodextrina gel e/ou Espuma impregnada em prata como prevenção ou tratamento de lesões (Fuller, Wineland & Richter, 2021). O *Clinical Practice Guideline*, emanado pelo *American Association for Respiratory Care* (2021), recomenda como prevenção de lesões peri-estoma o uso e troca diária (ou sempre que necessário) de compressa de proteção ou espuma de poliuretano hidrofílica. Recomendam ainda, o uso de adaptações para extensão do comprimento da conexão da cânula, quando necessário para adaptação de dispositivos à cânula de traqueotomia.

Para este procedimento deve ser utilizada técnica asséptica, podendo no domicílio ser utilizada técnica limpa.

Material Necessário:

- Luvas esterilizadas
- Compressas esterilizadas
- Compressas esterilizadas cortadas ou penso de proteção
- Fixadores de cânula de traqueotomia (fita de nastro ou velcro)
- Soro Fisiológico
- Octiset® ou Clorhexidina 2% solução dérmica (se apresentar sinais inflamatórios)
- Peróxido de hidrogénio e água destilada, em partes iguais (se dificuldade na remoção de secreções)
- Creme hidratante ou Vitamina A (pomada)
- “Rolo” de posicionamento
- Tesoura de pontas redondas

Elaborado por: Enf.ª Joana Cereja, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica—Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação do EESIP e Mestre [REDACTED]; Sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Ramos.

Nº PÁGS.

6/27

Intervenções de Enfermagem

- Explicar o procedimento aos cuidadores/criança, desenvolvendo os passos a realizar de forma a envolvê-los na prestação de cuidados;
- Colocar a criança confortável e contida em decúbito dorsal com hiperextensão cervical com o auxílio do “rolo”;
- Remover penso de proteção antigo; (Fig. 5)
- Lavar as mãos;
- Colocar luvas esterilizadas;
- Segurar a cânula da traqueotomia com um dedo, prevenindo a exteriorização;
- Limpar o estoma, cânula externa e região circundante, com soro fisiológico e compressas esterilizadas; (Fig. 6 e 7)
 - Num só movimento e do centro para fora;
 - Utilizar só uma compressa de cada vez;
 - Não instilar soro no estoma;
 - Em caso de apresentar exsudado de difícil remoção, limpar a pele com a mistura de peróxido de hidrogénio e água destilada em parte iguais;
- Observar a pele periférica do estoma; (Fig. 8)
 - Vigiar presença de sinais inflamatórios, evolução cicatricial, sinais de hemorragia, lesões da pele;
- Se houver sinais inflamatórios, desinfetar com Octiset® ou Clorohexidina 2% os bordos do estoma,
- Limpar e hidratar a pele à volta do pescoço;
- Colocar compressa ou penso de proteção limpo;
- Proceder à estabilização da traqueotomia com fixadores novos (caso seja necessário);
- Deixar ficar o espaço de um dedo entre o pescoço e o fixador – evitando a congestão venosa, lesões na pele e promovendo o conforto;

Elaborado por: Enl.º Isma Cereja, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica—Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação do EESIP e Mestre [REDACTED]; Sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Ramos.

Nº PÁGS.

7/27

- Lavar as mãos;
- Durante todo o procedimento vigiar os parâmetros vitais da criança, a coloração da pele e mucosas, alterações do comportamento e ocorrência de complicações;
- Registrar o procedimento – vigiar penso; monitorizar ferida; e vigiar a pele periférica ao estoma e os ensinamentos realizados aos pais/criança.

Figura 5
Remoção da compressa suja.



Figura 6
Limpeza, compressa com SF, do centro para fora, lado esquerdo.



Figura 7
Limpeza, compressa com SF, do centro para fora, lado direito.



Figura 8
Observação do estoma e pele peri-estoma.



8.2. Fixação da cânula de traqueostomia

O *Clinical Practice Guideline*, emanado pelo *American Association for Respiratory Care* (2021), recomenda a vigilância e cuidados à pele do pescoço, bem como a troca diária dos fixadores da cânula de traqueotomia. Existem vários tipos de fixadores sendo os mais comuns fitas de nastro e fitas de velcro.

Os estudos revelam que o uso de fita de nastro não confere benefício sobre as fitas de velcro, podendo mesmo aumentar o risco de irritação cutânea e lesões na pele (Fuller, Wineland & Richter, 2021).

| | |
|---|---------------------|
| Elaborado por: Enf. ^a Jessa Cereja, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica—Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação do EESSIP e Mestre [REDACTED]; Sob a orientação da Professora Doutora Nívia Ramos. | Nº PÁGS. 827 |
|---|---------------------|

Material

- “Rolo” de posicionamento
- Fixadores da cânula de traqueotomia (fita de nastro ou velcro)

Procedimento

- Explicar o procedimento aos pais, desenvolvendo os passos a realizar de forma a envolvê-los na prestação de cuidados;
- Colocar a criança confortável e contida, em decúbito dorsal com hiperextensão cervical com o auxílio do “rolo”;
- Lavar as mãos;
- Aspirar as secreções da cânula da traqueotomia antes da mudança dos fixadores;
- Mudar os fixadores: um dos elementos fica responsável pela imobilização da criança e por segurar na cânula de traqueotomia, enquanto o outro elemento faz a mudança dos fixadores;
 1. Remover primeiro um dos lados do fixador e adaptar o novo; (Fig. 9 e 10)
 2. Vigiar, limpar e hidratar a pele; (Fig. 11)
 3. Colocar o novo fixador à volta do pescoço; (Fig.12)
 4. Remover a outra ponta do fixador sujo e prender o novo no mesmo orifício. (Fig.13 e 14)
- Os fixadores devem ser colocados de modo que o dedo indicador consiga ser facilmente introduzido entre a pele e o fixador, não devendo ficar demasiado largo (maior risco de descanulação), nem demasiado apertado (risco de lesão cutânea); (Fig. 15)
- Registrar o procedimento.

Elaborado por: Enf.ª Joana Cereja, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica—Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação do EEESIP e Mestre [REDACTED]; Sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Ramos.

Nº PÁGS.

9/27

Figura 9
 Remoção do fixador antigo à esquerda.



Figura 10
 Colocação de fixador novo à esquerda.



Figura 11
 Vigiar a pele do pescoço.



Figura 12
 Colocação do fixador à volta do pescoço.



Figura 13
 Remoção do fixador antigo à direita.



Figura 14
 Colocação de fixador novo à direita.



Figura 15
 Verificar espaço de segurança entre a pele e o fixador.



8.3. Cuidados à cânula interna

As cânulas de adulto, também são utilizadas em crianças com mais de 12-14 anos e estrutura corporal correspondente à idade. Estas cânulas têm 2 componentes: cânula interna e cânula externa.

A cânula interna deve ser retirada e limpa pelo menos 2 vezes por dia, ou sempre que necessário. Se a criança estiver ventilada ou dependente de O₂ suplementar, deverá colocar-se outra cânula interna durante a limpeza para manter a adaptação aos

| | |
|---|-------------------|
| Elaborado por: Enl.º Isma Cereja, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica—Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação da EEESEP e Mestre [REDACTED]; Sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Ramos. | Nº PÁGS. 10/27 |
|---|-------------------|

dispositivos respiratórios. A cânula externa não necessita de remoção para limpeza (DGS, 2017).

Esta limpeza deve ser realizada usando os produtos aconselhados pelos fabricantes para preservar a integridade da cânula de traqueotomia (Volsko et al, 2021).

Material

- Luvas de proteção
- Recipiente esterilizado
- Soro fisiológico
- Peróxido de hidrogénio e água destilada, em partes iguais
- Luvas esterilizadas
- Compressas esterilizadas
- Cânula de traqueotomia

Procedimento

- Explicar o procedimento aos cuidadores/criança, desenvolvendo os passos a realizar de forma envolvê-los na prestação de cuidados;
- Lavar as mãos;
- Calçar luvas de proteção;
- Retirar cânula interna – segurar a cânula externa e rodar a interna no sentido dos ponteiros do relógio até perfazer um ângulo de 90º e retirar a cânula;
- A cânula interna (suja) deve ser limpa da seguinte forma:
 1. Lavar com água destilada;
 2. Se estiver com muitas secreções aderentes, colocar a cânula num recipiente esterilizado com peróxido de hidrogénio e água destilada em partes iguais (pode usar o condutor ou escovilhão próprio, para ajudar a limpar a parte interna da cânula); (Fig. 16)

| | |
|---|--------------------------|
| Elaborado por: Enf.º Joana Cereja, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica—Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação do EEESIP e Mestre [REDACTED]; Sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Ramos. | Nº PÁGS. 11/27 |
|---|--------------------------|

3. Passar abundantemente com água destilada e secar com uma compressa esterilizada;
- Recolocá-la na criança, realizando um movimento contrário ao sentido dos ponteiros do relógio até perfazer um ângulo de 90°;
 - Efetuar registros;

Figura 16
Limpeza da cânula interna com escovilhão



Nota:
<https://www.saintlukeskc.org/health-library/discharge-instructions-caring-your-tracheostomy-tube-and-stoma>
Copyright 2022 by Saint Luke's

8.4. Substituição da cânula de traqueotomia

Foram realizados vários estudos acerca da técnica cirúrgica e complicações pós-operatórias, não existindo nenhuma correlação forte nesse sentido. Apesar disso, existe discussão entre a abordagem segundo uma incisão vertical ou horizontal da cartilagem traqueal. Independentemente do tipo de abordagem cirúrgica é recomendado o uso de suturas de segurança (Fuller, Wineland & Richter, 2021).

A descanulação acidental numa traqueotomia com menos de 5 dias é uma complicação grave. A probabilidade de ocorrência nas crianças é elevada, pelo que para prevenir as complicações de descanulação e permitir uma fácil reinserção da cânula, são realizadas suturas de segurança em cada lado da incisão traqueal, no momento da cirurgia (Fig.17).

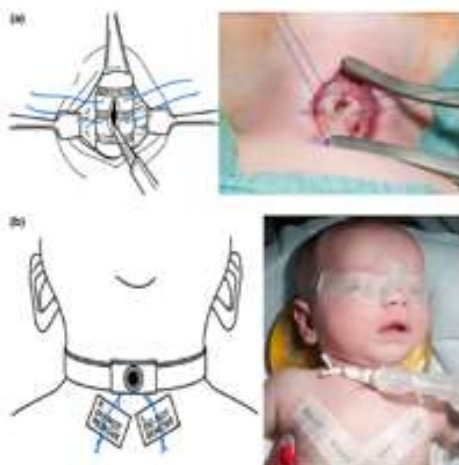
Estas suturas podem ser usadas para elevar a traqueia à pele e ajudar na substituição da cânula de traqueotomia (Fuller, Wineland & Richter, 2021).

| | |
|--|-----------------------------|
| Elaborado por: Enf.ª Inês Correia, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica—Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação do EEFND e Mestre [REDACTED]; Sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Ramos. | Nº PÁGS 12/27 |
|--|-----------------------------|

Tal como está demonstrado nas imagens seguintes.

Figura 17

- a) Exemplificação da colocação cirúrgica das suturas de segurança.
- b) Exemplificação das suturas de segurança após colocação da cânula de traqueotomia.



Nota: Doherty et al (2018). Multidisciplinary guidelines for the management of paediatric tracheostomy emergencies p.1406 (doi:10.1111/anae.14307) Copyright 2018 by Association of Anaesthetists.

Figura 18

Exemplificação da realização cirúrgica dos pontos de sutura da traqueia à pele.



Nota: Doherty et al (2018). Multidisciplinary guidelines for the management of paediatric tracheostomy emergencies p.1406 (doi:10.1111/anae.14307) Copyright 2018 by Association of Anaesthetists.

| | |
|---|-----------------------|
| Elaborado por: EnC ^o Joana Correia, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica—Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação da EESIP e Mestre [redacted]; Sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Ramos. | Nº PÁGS: 13/27 |
|---|-----------------------|

Nos primeiros dias após a traqueotomia, a pele periestomal cicatriza na mucosa traqueal para estabelecer um trajeto estável (Fig.18). Esta estabilidade (maturação), ocorre entre o 5º e 7º dia pós-operatório (Fuller, Wineland & Richter, 2021). A primeira troca de cânula deve ser realizada neste período pela equipa de otorrinolaringologia, sendo essencial para verificação da maturação do estoma e do trajeto correto.

O *Clinical Practice Guideline*, emanado pelo *American Association for Respiratory Care* (2021), recomenda a troca da cânula sempre que necessário e com alguma regularidade, no mínimo a cada 1 a 2 semanas, prevenindo a obstrução.

A remoção e introdução da cânula de traqueostomia devem ser realizadas, por duas pessoas: enquanto uma fica responsável pela remoção e colocação da cânula, outra fica responsável pela remoção e colocação dos fixadores.

- A 1ª mudança de cânula (1ª semana) é realizada por médico de ORL e a equipa de enfermagem;
- A 2ª e 3ª mudança de cânula (2ª semana e 3ª semana) são realizadas por médico de ORL, equipa de enfermagem e na presença/colaboração dos pais/cuidadores.

Figura 19
Remoção da cânula antiga.



Figura 20
Colocação da cânula nova com condutor colocado.



Figura 21
Fixação da cânula e remoção imediata do condutor.



Figura 22
Fixação da cânula com o fixador.



Elaborado por: EnCª Susana Cereja, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica – Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação do EESIP e Mestre: [Redacted]; Sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Ramos.

Nº PÁGS.

14/27

Material

- “Rolo” de posicionamento
- Campo esterilizado
- Ebonite esterilizada
- Taça esterilizada
- Cânula de traqueostomia e mandril interno
- Fixadores da cânula de traqueotomia (fita de nastro ou de velcro)
- Peróxido de hidrogénio e água destilada em partes iguais
- Octiset® ou Clorohexidina 2%
- Compressas esterilizadas
- Compressas esterilizadas cortadas ou penso de proteção
- Pinça de disseção
- Tesoura esterilizada ou lâmina esterilizada
- Vitamina A (pomada)
- Luvas esterilizadas
- Sonda de aspiração
- Luvas de “palhaço” esterilizadas
- Ressuscitador manual
- Seringa com soro fisiológico
- Lubrificante hidrossolúvel
- Máscara
- Bata descartável

Intervenções de Enfermagem

- Explicar o procedimento aos cuidadores/criança, desenvolvendo os passos a realizar de forma a envolvê-los na prestação de cuidados;
- Proporcionar um ambiente calmo, tranquilo e seguro;
- Preparar todo o material necessário;

| | |
|---|-------------------------------|
| Elaborado por: Enf.ª Joana Cereja, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica—Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação do EEESIP e Mestre [REDACTED]; Sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Ramos. | N.º PÁGS. 15/27 |
|---|-------------------------------|

- Desobstruir as vias aéreas;
- Preparar a nova cânula a ser introduzida, assegurando que o mandril interno está inserido;
- Lubrificar a extremidade da cânula de traqueotomia com soro fisiológico (ou um lubrificante hidrossolúvel), colocando-a de volta na embalagem aberta perto da criança;
- Colocar a criança confortável e contida em decúbito dorsal com hiperextensão cervical com o auxílio do “rolo” (a cabeça não deve ser colocada em grande extensão para evitar a descanulação);
- Lavar as mãos, colocar máscara, luvas e bata esterilizada;
- Retirar os fixadores antigos enquanto segura a cânula de traqueotomia firmemente no local;
- Retirar a cânula traqueal, com a mão não-dominante, e aspirar o orifício traqueal se necessário; (Fig.19)
- Lavar o estoma com soro fisiológico;
- Se apresentar secreções muito espessas de difícil remoção, usar a mistura de peróxido de hidrogénio e água destilada em partes iguais;
- Desinfetar o estoma com Octiset® ou Clorohexidina 2%, se necessário;
- Colocar a nova cânula, com a mão dominante, com suavidade no orifício traqueal, usando um movimento direcionado para baixo e para a frente, seguindo a curvatura da traqueia; (Fig.20)
- Retirar imediatamente o mandril interno; (Fig.21)
- Fixar a cânula com os fixadores novos; (Fig.22)
- Verificar a passagem do dedo indicador entre o pescoço e os fixadores;
- Avaliar a ventilação, uma vez que a cânula pode ter sido acidentalmente inserida no tecido mole que envolve a traqueia;

| | |
|--|------------------------------|
| Elaborado por: Enf.ª Joana Cereja, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica—Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação do EEESEP e Mestre [REDACTED]; Sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Rattos. | Nº PÁGS. 16/27 |
|--|------------------------------|

- Efetuar registos.

8.5. Cuidados de Enfermagem na permeabilidade das vias aéreas

➤ **Técnica de Aspiração de secreções**

A aspiração de secreções é uma técnica asséptica, utilizada para remover as secreções da árvore traqueobrônquica por meio de vácuo, introduzindo uma sonda esterilizada nas vias aéreas. A presença de uma cânula de traqueotomia é responsável por aumento da produção de secreções. Existem vários fatores condicionantes que justificam a necessidade de aspiração de forma mais frequentes.

Os sinais de necessidade de aspiração de secreções são:

- Sons/ruídos na cânula de traqueotomia;
- Polipneia;
- Secreções na abertura da cânula de traqueotomia;
- Sinais de dificuldade respiratória – cianose, dessaturação, agitação;
- Sinais de obstrução da cânula de traqueotomia – diminuição dos movimentos da parede torácica, diminuição dos sons respiratórios, dessaturação, cianose (Starship Child Health, 2020)

No entanto, a aspiração de secreções deve ser realizada de acordo com as necessidades da criança.

É de extrema importância que se utilize uma pressão adequada durante a aspiração de secreções. Uma pressão elevada pode causar traumatismos da mucosa traqueal, colapso alveolar e o colapso da própria sonda de aspiração. Assim, a pressão de aspiração não deve exceder os 50-100 mmHg nos neonatos e 100/120mmHg crianças/adultos (Paediatric Critical Care, 2016).

| | |
|--|------------------------------|
| Elaborado por: Enf.º Joana Cereja, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica—Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação do EESIP e Mestre [REDACTED]; Sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Ramos. | Nº PÁGS. 17/27 |
|--|------------------------------|

Figura 23
Exemplo da quantidade de sonda de aspiração que deve ser introduzida.



Nota: Children's Health Tracheostomy Team, 2017, A Guide for Caring for your Child. Home Instructions for the caregivers of a child with a tracheostomy, p. 10. Copyright 2017 by Children's Health.

Material

- Luva esterilizada
- Seringa com soro fisiológico
- Ressuscitador Manual e aporte de O₂ suplementar
- Sonda de aspiração de calibre adequado ao número da cânula de traqueotomia;
- Aspirador de pressão regulável;
- Conexão em Y, caso seja necessária;
- Máscara de proteção.

Intervenções de Enfermagem

- Explicar o procedimento aos cuidadores/ criança, desenvolvendo os passos a realizar de forma a envolvê-los na prestação de cuidados;

| | |
|--|-----------|
| Elaborado por: Enf.ª Susana Cereja, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica – Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação da EESIP e Mestre [REDACTED]; Sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Ramos. | N.º PÁGS. |
| | 18/27 |

Cuidados Básicos de Enfermagem à Criança com Traqueotomia

- Avaliar a necessidade de aspiração através da auscultação de sons respiratórios, vigilância das características da respiração, monitorização da saturação de O₂ e EtCO₂, coloração da pele e mucosas;
- Colocar máscara para autoproteção;
- Lavar as mãos;
- Preparar o material:
- Ligar o aspirador de baixa pressão numa pressão entre 50-100mmHg;
- Conectar o ressuscitador manual com o O₂ suplementar consoante a necessidade da criança.;
- Calçar luva esterilizada na mão dominante e pegar na sonda de aspiração; (Fig.24)
- Conectar a sonda de aspiração ao aspirador de baixa pressão;
- Introduzir a sonda de aspiração na cânula (não ultrapassando o limite da mesma) (Fig.23) e efetuar a aspiração com movimentos circulatorios e ascendentes, facilitando a passagem dos seus orifícios laterais pelas paredes da cânula, e exteriorizá-la em seguida. (Fig.25)
- Cada aspiração não deve exceder 10 segundos, de modo a prevenir a hipoxia;
- Instilar SF no interior da cânula se as secreções forem muito espessas e, conseqüentemente, de difícil extração. Sugere-se 2 a 3 gotas por cada aspiração, não excedendo o total de 1cc; (Fig.26)
- Aspirar sempre a seguir à aplicação do SF; (Fig.27)
- Insuflar as vezes necessárias, com o ressuscitador manual com o O₂ suplementar consoante a necessidade da criança;
- Se necessário, repetir o passo anterior, deixando que a criança recupere pelo menos durante um intervalo de 30 segundos entre as aspirações;
- Fornecer aporte de O₂ antes e depois de cada aspiração. Algumas crianças ventiladas necessitam de 3 a 5 insuflações com insuflador manual entre as aspirações;

| | |
|--|-------------------|
| Elaborado por: EnF ^o Joana Cereja, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica—Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação do EESIP e Mestre [REDACTED]; Sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Ramos. | Nº PÁGS. 19/27 |
|--|-------------------|

- Avaliar as características das secreções (cor, consistência, quantidade);
- Registrar as características das secreções (cor, consistência, quantidade).

Figura 24
 Segurar a sonda com luva de “palhaço” calçada.



Figura 25
 Introduzir a sonda de aspiração pela cânula.



Figura 26
 Aplicação de gotas de SF na cânula.



Figura 27
 Nova aspiração após humidificação das secreções com SF.



➤ Humidificação

O aquecimento e a humidificação dos gases inspirados são um aspeto muito importante no cuidado à criança com traqueotomia. Como a cânula de traqueotomia elimina a passagem do ar pelas vias aéreas superiores, deixam de existir os mecanismos normais de humidificação. American Thoracic Society recomenda uma temperatura do ar inspirado de 32°C a 34°C e humidade de 36 a 40 mgH₂O/L (Volsko et al, 2021).

A criança deve usar um humidificador ou nariz artificial adaptado à entrada da cânula de traqueotomia, que permite aquecer e humidificar o ar inspirado. Este humidificador deve ser substituído diariamente e/ou sempre que necessário.

| | |
|--|-----------------------|
| Elaborado por: Enf.ª Jovita Cereja, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica—Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação do EESIP e Mestre [REDACTED]. Sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Ramos. | Nº PÁGS. 20/27 |
|--|-----------------------|

Figura 28
 Exemplo de Humidificadores.



Nota: Children's Health Tracheostomy Team, 2017, A Guide for Caring for your Child. Home Instructions for the caregivers of a child with a tracheostomy, p. 22. Copyright 2017 by Children's Health.

Figura 29
 Exemplo de humidificador adaptado à cânula de traqueotomia.



➤ Suporte Básico de Vida

É importante que a criança tenha bem visível o cartão de cabeceira, pois contém informação muito importante em caso de necessidade de suporte básico e avançado de vida.

É importante reconhecer sinais de alerta e atuar em conformidade.

Deve ser usado o algoritmo de suporte avançado de vida adotado pela instituição (encontra-se na parte de trás do cartão de cabeceira).

Sinais de alerta!

Segundo "Multidisciplinary guidelines for the management of paediatric tracheostomy emergencies", estes são os principais sinais de alerta que a equipa de enfermagem deve ter em atenção.

A rápida identificação e atuação perante estes sinais de alerta, pode prevenir situações de emergência bem como as suas complicações.

| | |
|--|-----------------------|
| Elaborado por: EnC ⁺ Joana Cerqueira, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica—Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação do EEESIP e Mestre [redacted], Sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Ramos. | Nº PÁGS. 21/27 |
|--|-----------------------|

Via aérea:

- Criança com “fuga” mínima – de repente capaz de falar/ar audível/secreções vistos na boca;
- A sonda de aspiração não passa na cânula de traqueotomia;
- Grunhido, roncosp ou estridor.

Respiratórios:

- Apneia;
- Aumento da necessidade de suporte ventilatório;
- Aumento da necessidade de oxigénio;
- Dificuldade respiratória: uso de músculos acessórios, aumento da frequência respiratória, pressões mais altas nas vias aéreas, volumes correntes mais baixos;
- Respiração ruidosa.

Específicos da traqueotomia:

- Descanulação visível;
- Hemorragia ou secreções hemáticas à volta da cânula – uma traqueotomia recente pode sangrar um pouco, mas se duplicar a hemorragia, deve ser reavaliado;
- Aumento do desconforto ou dor.

Gerais:

- Qualquer alteração fisiológica pode representar um problema da via aérea.

Especialmente alterações de:

- o Frequência respiratória;
- o Frequência cardíaca;

| | |
|--|-----------|
| Elaborado por: Enf.ª Joana Cereja, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica—Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação do EEESIP e Mestre [REDACTED]; Sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Ramos. | N.º PÁGS. |
| | 22/27 |

- o Pressão arterial;
- o Estado de consciência;
- o Ansiedade, inquietação, agitação e confusão.

(Doherty et al, 2018)

Perante estes sinais de alerta, deve-se atuar seguindo o algoritmo de Suporte Básico de Vida Pediátrico da Criança com Traqueotomia.

Este algoritmo foi elaborado e adaptado, tendo por base o algoritmo adotado pela instituição do Resuscitation Council UK – Guidelines 2021, revisto em janeiro de 2022 e o Suporte Básico de Vida Pediátrico (INEM & DFEM, 2017).

O objetivo da elaboração deste algoritmo foi realizar um instrumento estruturado, simples e de fácil compreensão pelos cuidadores, para rápida intervenção em caso de emergência.

Segue o algoritmo de Suporte Básico de Vida elaborado e aprovado pelo grupo de trabalho institucional.

| | |
|---|------------------------------|
| Elaborado por: Enf. ^a Joana Cereja, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica—Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação do EEESIP e Mestre [REDACTED]; Sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Ramos. | Nº PÁGS. 23/27 |
|---|------------------------------|

SBV Pediátrico Criança com Traqueotomia



1. Verificar condições de segurança
2. Estado de Consciência
3. Pedir ajuda (2ª pessoa + INEM)

4. Permeabilizar a via aérea
 Verifique e abra as vias aéreas da criança
 Verifique se a cânula de traqueotomia está colocada

SIM

Remova todos os anexos, como tampas, filtros e válvulas.

CÂNULA DE TRAQEOTOMIA OBTURADA

Se não consegue passar a sonda de aspiração, mude imediatamente a cânula de traqueotomia

1ª Abordagem - insira nova cânula de traqueotomia do mesmo tamanho

2ª Abordagem - insira nova cânula de traqueotomia tamanho abaixo

3ª Abordagem (Figura acima):

Passa a sonda de aspiração através da cânula de tamanho abaixo;
 insira a sonda de aspiração no estoma;
 Use a sonda de aspiração para guiar a cânula de traqueotomia no estoma.

Aspire a cânula de traqueotomia
 Passe a sonda até pelo menos 8cm

SIM

5. Ver, ouvir e sentir (10seg)
 Boca e traqueostomia
 Respira?

NÃO

INSUFLAÇÕES DE EMERGÊNCIA

A cânula de traqueostomia não está funcionando.
 É necessário realizar insuflações.
 Remova a cânula de traqueotomia completamente!

SE via aérea superior NORMAL

Respiração boca a boca/Ambu com máscara facial na face
 Cobrir o estoma (mão, penso, compressas)

SE via aérea superior BLOQUEADA

Respiração boca - estoma

6. 5 insuflações iniciais

7. Pesquisar sinais de vida

NÃO

8. SBV (15 compressões: 2 insuflações)

Continue SBV até a criança responder ou ter uma respiração normal
 Certifique-se de que a ajuda está a caminho

Vigilância e reavaliação da criança

| | |
|---|-------------------------------------|
| <p>Elaborado por: Enf.ª Joana Cereja, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica – Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação do EENEP e Mestre [Redacted]; Sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Ramos.</p> | <p>Nº PÁGS.</p> <p>24/27</p> |
|---|-------------------------------------|

9. REFERÊNCIAS

Children's Health Tracheostomy Team (2017). A Guide for Caring for your Child. Home Instructions for the caregivers of a child with a tracheostomy. <https://www.childrens.com/wps/wcm/connect/childrenspublic/f4e3686a-4b50-485f-88ef-b569c9db0717/Tracheostomy+Manual.pdf?MOD=AJPERES&CVID=nIR0VxO>

Cincinnati Children's (2018). Tracheotomy Care Handbook. <https://www.cincinnatichildrens.org/-/media/cincinnati%20childrens/home/health/t/tracheotomy-handbook/handbook-final.pdf?la=en>

DGS (2017). Norma Número: 011/2016 data: 28/10/2016 atualização: 03/03/2017 - Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias Respiratórias em Idade Pediátrica e no Adulto. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/Indicacoes-Clinicas-e-Intervencao-nas-Ostomias-Respiratorias-em-Idade-Pediatrica-e-no-Adulto.pdf>

Doherty C, Neal R, English C, Cooke J, Atkinson D, Bates L, Moore J, Monks S, Bowler M, Bruce I, Bateman N, Wyatt M, Russell J, Perkins R & McGrath B (2018). Multidisciplinary guidelines for the management of paediatric tracheostomy emergencies. *Anaesthesia*, 73, 1400-1417. Doi:10.1111/anae.14307

Fuller C, Wineland A & Richter G (2021). Update on Pediatric Tracheostomy: Indications, Technique, Education, and Decannulation. *Current Otorhinolaryngology Reports*, 9: 188-199. <https://doi.org/10.1007/s40136-021-00340-y>

Elaborado por: Enf.ª Joana Cereja, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica—Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação do EESIP e Mestre [REDACTED]; Sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Ramos.

Nº PÁGS.

25/27

INEM & DFEM (2017). Manual de Suporte Básico de Vida Pediátrico. Versão 3.0 – 1ª edição 2017. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/09/Suporte-B%C3%A1sico-de-Vida-Pedi%C3%A1trico.pdf>

Paediatric Critical Care (2016). Paediatric Tracheostomy Guidelines. <https://www.bsuh.nhs.uk/library/wp-content/uploads/sites/8/2020/06/Paediatric-Tracheostomy-Care-Guidelines.pdf>

Resuscitation Council Guidelines 2021: Paediatric Life Support. Resuscitation, 161. 327-387. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.015>

Resuscitation Council UK (2022). Paediatric emergency algorithms & resources. Guidelines 2021. Version 1. <https://www.resus.org.uk/sites/default/files/2022-03/RCUK%20Paediatric%20emergency%20algorithms%20and%20resources%20Mar%2022%20V1.pdf>

Saint Luke's (2022). Discharge Instructions: Caring for Your Tracheostomy Tube and Stoma. <https://www.saintlukeskc.org/health-library/discharge-instructions-caring-your-tracheostomy-tube-and-stoma>

Skellett S, Maconochie I, Bingham B, Worrall M, Scholefield B, Johnson M, Page M, Andre L, Wyllie J, Lockey A & Hampshire S (2021). Paediatric advance life support Guidelines. Resuscitation Council UK. <https://www.resus.org.uk/print/pdf/node/11331>

Starship Child Health (2020). Tracheostomy management for na infant, child or young person. <https://starship.org.nz/guidelines/tracheostomy-management-for-an-infant-child-or-young-person/>

| | |
|--|--------------------|
| Elaborado por: Enf.ª Joana Cereja, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica—Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação do EEESIP e Mestre [REDACTED]; Sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Ramos. | N.º PÁGS. 26/27 |
|--|--------------------|

Cuidados Básicos de Enfermagem à Criança com Traqueotomia

Van de Voorde P, Turner N, Djakow J, Lucas N, Martinez-Mejias A, Biarent D, Bingham R, Brissaud O, Hoffmann F, Johannsdottir G, Lauritsen T & Maconochie I (2021). *European*

Volsko T, Parker S, Deakins K, Walsh B, Fedor K, Valika T, Ginier E & Strickland S (2021). AARC Clinical Practice Guideline: Management of Pediatric Patients With Tracheostomy in the Acute Care Setting. *Respiratory Care*. Vol 66. N.º 1. DOI: 10.4187/respcare.08137

| | |
|---|------------------------------|
| Elaborado por: Enf.ª Joana Cereja, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica—Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação do EEESIP e Mestre [REDACTED]; Sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Ramos. | Nº PÁGS. 27/27 |
|---|------------------------------|

Apêndice XXVII – Programa de Simulação para pais/cuidadores de Crianças com Ostomias Respiratórias (Traqueotomia)



Mestrado em Enfermagem e Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica
Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório

Programa de Simulação para pais/cuidadores de Crianças com Ostomias Respiratórias (Traqueotomia)

Regente da UC:

Prof.^a Doutora Margarida Lourenço

Docente:

Prof.^a Doutora Sílvia Ramos

Enfermeiro Orientador:

Mestre e EEESIP [REDACTED]

Discente:

Joana Cereja, n.º 192009036

Outubro de 2022

Índice

| | |
|--|-----|
| Introdução:..... | 305 |
| Enquadramento: | 306 |
| Evidência Científica: | 307 |
| Crterios de incluso:..... | 309 |
| Estrutura do programa:..... | 309 |
| Programa de Simulao: | 310 |
| 1ª sesso – Pr-operatrio..... | 310 |
| 2ª Sesso – Ps-operatrio | 311 |
| 3ª Sesso – Ps-operatrio | 311 |
| 4ª Sesso – Ps-operatria | 313 |
| 5ª Sesso – Pr-alta..... | 314 |
| Recursos necessrios: | 315 |
| Implementao e Avaliao: | 316 |
| Referncias Bibliogrficas: | 318 |
| APÊNDICES: | 321 |
| APÊNDICE A – Avaliao da 1ª Sesso – Pr-operatria..... | 321 |
| APÊNDICE B – Avaliao da 2ª Sesso – Ps-operatria | 322 |
| APÊNDICE C – Avaliao da 3ª Sesso – Ps-operatria..... | 324 |
| APÊNDICE D – Avaliao da 4ª Sesso – Ps-operatria | 327 |
| APÊNDICE E – Avaliao da 5ª Sesso – Pr-alta | 329 |

Siglas e abreviaturas:

DGS – Direção Geral da Saúde

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

CHKS – Caspe Healthcare Knowledge Systems

Introdução:

A ideia de realizar este programa, surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, inserida no 3º semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Saúde Infantil e Pediátrica a decorrer no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Esta unidade curricular compreende a realização de três estágios em diferentes contextos de atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP). Este estágio está a ser realizado na unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP). Desta forma, durante a primeira semana de estágio realizou-se um diagnóstico de situação relativo à melhoria dos cuidados à criança ostomizada. Nesta unidade, em que cerca de 40% das crianças internadas por ano necessitam de suporte ventilatório, seja invasivo ou não invasivo, só faria sentido direcionar a abordagem à criança com ostomia respiratória, nomeadamente Traqueotomia.

Na elaboração deste programa pretendeu-se realizar um enquadramento tendo em conta a estrutura e organização dos cuidados à criança com traqueotomia neste hospital, pelo que se realizou uma fundamentação com base na evidência científica mais atual. Foram definidos os critérios de inclusão para o programa e foi também definida e delineada a estrutura do programa, bem como os recursos necessários para a sua implementação. Foram elaboradas *checklist's* de avaliação de cada umas das sessões de simulação.

Por fim, sugere-se uma forma de implementação, bem como de avaliação de modo a gerar mais evidência científica em relação ao impacto dos programas de simulação.

Enquadramento:

Este hospital, é um centro de referência nos cuidados à criança em situação crítica de saúde, com uma unidade de cuidados intensivos neonatais (UCIN) e uma unidade de cuidados intensivos pediátricos (UCIP), especificamente concebidas para prestar os melhores cuidados a estas crianças/família, estando altamente equipadas com os melhores recursos disponíveis, no que diz respeito a ventilação invasiva e não invasiva.

É de salientar que, este hospital integra um Programa de acreditação para a organização dos cuidados de saúde (CHKS), tendo normas de gestão do risco clínico e segurança do doente e reanimação (CHKS, 2018). Tem também implementado o Manual de Standards – Unidades de Gestão Clínica (DGS – Departamento da Qualidade na saúde, 2017), tendo como critérios a Acessibilidade e continuidade assistencial e a Promoção de Saúde e Qualidade de vida.

Importa referir que este hospital proporciona aos seus colaboradores a oportunidade de formação e aquisição de competências através de cursos de simulação, em salas próprias e com manequins adequados ao contexto de ensino, instrução, treino e supervisão de intervenções de enfermagem, com vista à sua capacitação.

Existe uma preocupação multidisciplinar em termos de cuidados à criança com ostomia respiratória, pelo que foi formado o grupo de trabalho institucional “Cuidados à criança com Traqueotomia”, com vista a normalizar os procedimentos por forma a garantir a qualidade e a segurança dos cuidados.

Por último, importa referir que a criança com ostomia respiratória tem um maior risco de ocorrência de complicações graves, interferindo na sua morbilidade e mortalidade. Para que estas complicações possam ser atempadamente controladas/minimizadas, é de extrema importância a capacitação dos pais/cuidadores, pois serão estes os prestadores de cuidados em contexto de domicílio. Só estando estes bem capacitados é que será possível uma transição o mais cedo e segura possível, evitando complicações de internamentos prolongados, bem como os custos associados (Volsko et al., 2021; Wells et al., 2017)

Interligando todos os aspectos referidos acima, surge o programa de simulação para pais/cuidadores de crianças com Ostomias respiratórias, que tem como objetivos:

Reduzir o tempo de internamento das crianças submetidas a traqueotomia;

Melhorar a capacitação dos pais/cuidadores de crianças submetidas a traqueotomia;

Reduzir as complicações após traqueotomia.

Evidência Científica:

Existem vários estudos acerca da implementação de programas de simulação para pais/cuidadores de crianças com traqueotomia.

Um dos estudos, quantitativo, quase-experimental avaliou 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. Este programa consiste em planejamentos estruturados de ensino, políticas e ferramentas projetadas para garantir uma transição segura para casa, para crianças submetidas a traqueostomia, com vista a reduzir as taxas de readmissão e minimizar a “sobrecarga do cuidador”. Este estudo concluiu que ao reduzir o tempo da primeira consulta de follow-up, e otimizando a capacitação dos pais/cuidadores, existe uma melhoria significativa na qualidade dos cuidados às crianças com traqueostomia e diminuição da sobrecarga do cuidador (Hartnick et al., 2017).

Um outro projeto de melhoria/garantia da qualidade, denominado de “Programa de Traqueostomia Familiar”, foi implementado por uma equipa de cuidados intensivos pediátricos e neonatais do hospital, cujo objetivo foi aumentar a competência e diminuir o nível de ansiedade do cuidador da criança com traqueostomia por meio de treino de simulação. Neste programa, dirigido por enfermeiros, a simulação é integrada na formação que é realizada na unidade da criança, em quatro fases. O processo faseado começa antes da colocação da traqueostomia e continua até à alta. Na primeira fase, o cuidador familiariza-se com a traqueostomia e materiais junto à unidade da criança. Na segunda fase, os cuidadores aumentam a sua familiaridade com a traqueostomia e materiais no centro de simulação. Na terceira fase, os cuidadores participam em dois cenários com um

manequim pediátrico de baixa fidelidade com traqueostomia congruente com a idade da criança, num ambiente modelado de cuidados domiciliares. A quarta fase foi projetada para avaliar se os cuidadores atingiram os objetivos da experiência de treino. Nesta fase, os familiares demonstram conforto e competência de habilidades, incluindo mudança completa da cânula de traqueostomia, na criança na unidade de cuidados intensivos.

Este estudo demonstrou a incorporação bem-sucedida da simulação com um manequim de baixa fidelidade, num programa faseado de educação para cuidadores de recém-nascidos e crianças que foram submetidas a uma traqueostomia. A simulação, como complemento à educação do cuidador junto da criança, aumentou a competência deste, diminuindo os níveis de ansiedade. Este programa é uma ponte entre a educação junto da criança como padrão de atendimento, e uma combinação entre treino junto da criança e treino em ambiente simulado. O Programa de Traqueostomia Familiar é o início de um novo capítulo na educação para cuidadores de crianças submetidas a traqueostomia, devendo as organizações de saúde considerar a sua implementação (Wooldridge & Carter, 2021).

Num estudo quase experimental elaborado por Orne et al. (2018), determinou-se a eficácia da implementação de um programa estruturado de treino estilo “boot camp” para cuidadores de crianças com condições médicas complexas. Os resultados deste estudo indicam que o programa de treino é uma ferramenta valiosa para rastrear e verificar a educação do cuidador, reduzir o tempo de internamento hospitalar, aumentar a satisfação do cuidador, diminuir o stress do cuidador e reduzir os custos dos cuidados de saúde.

Num outro estudo quase-experimental, foi desenvolvido um programa de educação para pais/cuidadores de crianças com traqueostomia, baseado em simulação de alta-fidelidade, no qual usaram um manequim pediátrico programável (Gaumard HAL S3004). Durante o programa de simulação, os pais/cuidadores são submetidos a três cenários de simulação: dessaturação da criança, obstrução da cânula de traqueostomia e descanulação acidental. O treino de simulação de alta-fidelidade permite uma exposição realista a situações de emergência relacionadas com a traqueostomia. Muitos cuidadores não conhecem as suas capacidades para lidar com situações de emergência, sendo importante a simulação para ganhos importantes de insights. A identificação de lacunas de conhecimentos e habilidades antes da alta, permite a reeducação direcionada para uma correta abordagem em situações de emergência (Prickett et al., 2019).

Critérios de inclusão:

Quem pode integrar o programa de simulação para pais/cuidadores de Crianças com Ostomias Respiratórias? O pai e a mãe (cuidadores principais) da criança, e eventualmente um 3º cuidador escolhido pelos pais/cuidadores principais, para aumento da segurança dos cuidados e descanso dos cuidadores principais.

Estrutura do programa:

Este programa, tal como a evidência refere, é um complemento aos ensinamentos que são realizados aos pais/cuidadores junto das unidades das crianças. Deve ficar esclarecido junto dos pais/cuidadores que se optarem por não ingressar neste programa, serão prestados todos os cuidados de que o seu filho necessita, bem como os ensinamentos acerca dos cuidados junto à unidade da criança.

Este programa idealmente deveria ser implementado ainda no pré-operatório.

Após ser decidido entre a equipa multidisciplinar e os pais/cuidadores a realização de uma ostomia respiratória, os pais/cuidadores devem ser encaminhados para este programa. (Seguir organograma que será definido à posteriori).

O programa de simulação terá um total de 5 sessões, cada sessão não deve exceder as 2h, sendo 30 min para ensino e instrução, 1h para treino e supervisão e 30 min finais para esclarecimento de dúvidas e aspetos a melhorar. A gestão do tempo poderá ser sempre condicionada às necessidades dos pais/cuidadores.

Cada sessão é acompanhada de uma *checklist* de intervenções de enfermagem que vão sendo registadas, com as anotações que forem consideradas pertinentes para continuidade da capacitação dos pais/cuidadores.

Os pais/cuidadores farão no final de cada sessão uma avaliação da mesma, procurando com isso adaptar os conteúdos e métodos de ensino às suas necessidades.

Programa de Simulação:

Este programa foi estruturado tendo por base a evidência científica anteriormente descrita, a norma da Direção Geral da Saúde (2017) “Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias Respiratórias em Idade Pediátrica e no Adulto” e *guidelines* internacionais atuais (Caloway et al., 2021; Cincinnati Children’s, 2018; Doherty et al., 2018; Fuller, Wineland & Richter, 2021; Smith, Benscoter & Hart, 2020; Starship Child Health, 2020; Volsko et al., 2021), tal como as *checklist’s* que acompanham cada sessão e se encontram disponíveis em apêndice.

1ª sessão – Pré-operatório

Nesta primeira sessão a abordagem aos pais/cuidadores pode ser no centro de simulação ou no local onde a criança se encontra internada.

Esta sessão tem como objetivos:

- Esclarecer dúvidas acerca da cirurgia, das cânulas de traqueotomia e outros materiais necessários aos cuidados, do aspeto da criança no pós-operatório imediato, das suas competências respiratórias, vocais, alimentares, etc.
- Apresentar os equipamentos e os materiais necessários para prestar cuidados ao estoma, pele peri-estoma e à cânula de traqueotomia, bem como o *Kit* de Cuidados à Criança com Traqueotomia.
- Disponibilizar o Manual de Cuidados à Criança com Traqueotomia, bem como o Guia prático para os pais/cuidadores – Cuidados Básicos à Criança com Traqueotomia, em suporte papel e informático.

Pretende-se com esta abordagem promover a consciencialização dos pais/cuidadores, permitir uma adaptação à nova imagem corporal da criança, bem como promover a aceitação do estado de saúde da criança, com vista à manutenção da vinculação e promoção do papel parental.

No final da sessão, serão validados os conhecimentos adquiridos, as dúvidas esclarecidas e registadas as intervenções de enfermagem em *checklist* própria. (Apêndice A)

2ª Sessão – Pós-operatório

Nesta sessão pretende-se que os pais/cuidadores sejam ambientados em relação aos materiais para prestar cuidados ao estoma e pele peri-estoma, prevenindo desta forma lesões na pele, complicações no estoma, bem como potenciais infeções.

Pretende-se que no final desta sessão os pais sejam capazes de realizar os cuidados ao estoma, pele peri-estoma e mudança dos fixadores da cânula com autonomia.

Esta sessão será estruturada da seguinte forma:

- ✓ Esclarecimento de dúvidas pendentes acerca da sessão anterior;
- ✓ Ensino acerca da técnica asséptica e técnica limpa;
- ✓ Ensino acerca das características do estoma e complicações;
- ✓ Ensino acerca dos cuidados ao estoma/ pele peri-estoma;
- ✓ Ensino acerca da periodicidade dos cuidados ao estoma e pele peri-estoma;
- ✓ Apresentação e ensino acerca do material necessário;
- ✓ Ensino acerca da preparação e organização do material;
- ✓ Ensino e Instrução acerca dos cuidados ao estoma, pele peri-estoma e mudança dos fixadores da cânula, passo-a-passo;
- ✓ Treino acerca dos cuidados ao estoma, pele peri-estoma e mudança dos fixadores da cânula;
- ✓ Supervisão acerca dos cuidados ao estoma, pele peri-estoma e mudança dos fixadores da cânula;
- ✓ Esclarecimento de dúvidas;
- ✓ Correção de eventuais erros;
- ✓ Avaliação sumária dos cuidados;
- ✓ Reforço positivo.

No final da sessão, serão validados os conhecimentos e habilidades adquiridos, as dúvidas esclarecidas e registadas as intervenções de enfermagem em *checklist* própria. (Apêndice B)

3ª Sessão – Pós-operatório

Esta sessão tem como objetivo capacitar os pais/cuidadores para identificar sinais de dificuldade respiratória e como atuar, nomeadamente no que diz respeito à aspiração de

secreções pela cânula de traqueotomia, administração de oxigénio pela cânula de traqueotomia, realização de insuflações com ressuscitador manual, realização de aerosolterapia. Desta forma, é possível prevenir o agravamento da função respiratória, evitando uma situação de emergência.

Esta sessão será estruturada da seguinte forma:

- ✓ Esclarecimento de dúvidas pendentes acerca da sessão anterior, nomeadamente, validação dos conhecimentos sobre:
 - técnica assética e técnica limpa;
 - características do estoma e complicações do estoma e pele peri-estoma;
 - cuidados ao estoma/ pele peri-estoma;
 - periodicidade dos cuidados ao estoma e pele peri-estoma.

- ✓ Serão realizados:
 - Ensino acerca do material necessário para aspirar secreções pela traqueotomia;
 - Ensino e Instrução acerca da aspiração de secreções pela traqueotomia, passo-a-passo;
 - Treino acerca da aspiração de secreções pela traqueotomia;
 - Supervisão acerca da aspiração de secreções pela traqueotomia;
 - Ensino e Instrução acerca da humidificação de secreções da traqueotomia, passo-a-passo;
 - Treino acerca da humidificação de secreções pela traqueotomia;
 - Supervisão acerca da humidificação de secreções pela traqueotomia;
 - Ensino e Instrução acerca da administração de oxigénio pela cânula de traqueotomia, passo-a-passo;
 - Treino acerca da administração de oxigénio pela cânula de traqueotomia;
 - Supervisão acerca da administração de oxigénio pela cânula de traqueotomia;
 - Ensino e Instrução acerca da realização de insuflações com ressuscitador manual, passo-a-passo;
 - Treino acerca da realização de insuflações com ressuscitador manual;
 - Supervisão acerca da realização de insuflações com ressuscitador manual;

- Ensino e Instrução acerca da realização de aerossolterapia, passo-a-passo;
- Treino acerca da realização de aerossolterapia;
- Supervisão acerca da realização de aerossolterapia;
- Esclarecimento de dúvidas;
- Correção de eventuais erros;
- Avaliação sumária dos cuidados;
- Reforço positivo.

No final da sessão, serão validados os conhecimentos e habilidades adquiridos, as dúvidas esclarecidas e registadas as intervenções de enfermagem em *checklist* própria. (Apêndice C)

4ª Sessão – Pós-operatória

Esta sessão será essencial na capacitação dos pais/cuidadores na troca de cânula de traqueotomia, para que se sintam competentes e menos ansiosos perante este procedimento.

Pretende-se que no final desta sessão os pais/cuidadores consigam trocar a cânula de traqueotomia de forma correta, diminuindo a sua ansiedade perante este procedimento.

Esta sessão será estruturada da seguinte forma:

- ✓ Esclarecimento de dúvidas pendentes acerca da sessão anterior, nomeadamente, validação dos conhecimentos sobre:
 - técnica assética e técnica limpa;
 - características do estoma e complicações;
 - cuidados ao estoma/ pele peri-estoma;
 - periodicidade dos cuidados ao estoma e pele peri-estoma;
 - aspiração de secreções pela traqueotomia;
 - humificação de secreções pela traqueotomia;
 - administração de oxigénio pela cânula de traqueotomia;
 - realização de insuflações com ressuscitador manual;
 - realização de aerossolterapia.

✓ Serão realizados:

- Ensino acerca do material necessário para troca da cânula de traqueotomia;
- Ensino e Instrução acerca da troca da cânula de traqueotomia, passo-a-passo;
- Treino acerca da troca da cânula de traqueotomia;
- Supervisão acerca da troca da cânula de traqueotomia;
- Esclarecimento de dúvidas;
- Correção de eventuais erros;
- Avaliação sumária dos cuidados;
- Reforço positivo.

No final da sessão, serão validados os conhecimentos e habilidades adquiridos, as dúvidas esclarecidas e registadas as intervenções de enfermagem em *checklist* própria. (Apêndice D)

5ª Sessão – Pré-alta

Esta sessão é essencial para a capacitação dos pais/cuidadores para reconhecer e atuar em situações de emergência. Pretende-se que nesta sessão os pais/cuidadores realizem todos os cuidados com os recursos materiais e dispositivos que irão ter em casa, como forma de simulação de situações emergentes em contexto domiciliar.

Esta sessão pretende diminuir a ansiedade dos pais/cuidadores, capacitando-os perante situações de emergência em casa, sendo essencial para a transição da criança do meio hospitalar para o domicílio.

Esta sessão será estruturada da seguinte forma:

- ✓ Esclarecimento de dúvidas pendentes acerca da sessão anterior, nomeadamente, validação dos conhecimentos sobre:
 - técnica assética e técnica limpa;
 - características do estoma e complicações;
 - cuidados ao estoma/ pele peri-estoma;
 - periodicidade dos cuidados ao estoma e pele peri-estoma;

- aspiração de secreções pela traqueotomia;
 - humidificação de secreções pela traqueotomia;
 - administração de oxigénio pela cânula de traqueotomia;
 - realização de insuflações com ressuscitador manual;
 - realização de aerossolterapia;
 - troca da cânula de traqueotomia.
- ✓ Serão realizados:
- Ensino acerca do reconhecimento de situações de emergência;
 - Ensino acerca de Suporte Básico de Vida na criança com traqueotomia;
 - Instrução acerca de Suporte Básico de Vida na criança com traqueotomia;
 - Treino acerca de Suporte Básico de Vida na criança com traqueotomia;
 - Supervisão acerca de Suporte Básico de Vida na criança com traqueotomia;
 - Esclarecimento de dúvidas;
 - Correção de eventuais erros;
 - Avaliação sumária dos cuidados;
 - Reforço positivo.

No final da sessão, serão validados os conhecimentos e habilidades adquiridos, as dúvidas esclarecidas e registadas as intervenções de enfermagem em *checklist* própria. (Apêndice E)

No final das 5 sessões se os pais/cuidadores referirem necessitar de mais sessões para consolidação dos seus conhecimentos e habilidades nos cuidados, poderão ser realizadas mais sessões consoante as dificuldades sentidas.

Recursos necessários:

Para a implementação do programa de simulação para pais/cuidadores de Crianças com Ostomias Respiratórias serão necessários:

Recursos materiais:

- ✓ Sala adequada – Centro de simulação

- ✓ Computador
- ✓ Retroprojektor
- ✓ Manequim adequado
- ✓ Cânulas de traqueostomia
- ✓ Fixadores de traqueostomia
- ✓ Fonte de O2
- ✓ Aspirador
- ✓ Sondas de aspiração
- ✓ Ampolas de SF
- ✓ Ressuscitador manual
- ✓ Tesoura de pontas curvas

Entre outros necessários aos cuidados à criança

Recursos Humanos:

- ✓ Enfermeiro com competência em simulação e em cuidados de enfermagem a ostomias respiratórias.
Serão necessários 2 enfermeiros para realizar cada sessão (um enfermeiro realiza a simulação, enquanto outro realiza as avaliações).
- ✓ Equipa multidisciplinar (otorrinolaringologista, terapeuta da fala, assistente social, psicóloga, fisioterapeuta, entre outros)
Abordagem na primeira sessão deverá ser realizada com esta equipa.

Implementação e Avaliação:

A implementação deste programa será possível, havendo uma interligação entre o grupo de trabalho “Cuidados à criança com Traqueotomia” e o centro de simulação do hospital, definindo-se à posteriori um organograma de encaminhamento dos pais/cuidadores.

A implementação deste programa só poderá ocorrer após a aprovação pelas entidades competentes.

Pretende-se uma implementação gradual e que vá de encontro às necessidades dos pais/cuidadores, pelo que é essencial que no final de cada sessão estes avaliem as mesmas e possam dar sugestões de melhoria.

Após a sua implementação, poderão ser realizados estudos acerca do seu impacto, nomeadamente no que diz respeito a:

- empoderamento familiar, aplicando a Escala de Empoderamento Familiar (FES) às famílias das crianças com traqueotomias que ingressaram no programa;
- sobrecarga associada à prestação de cuidados da criança com traqueotomia, aplicando a Escala de Impacto Familiar (EIF);
- qualidade de vida relacionada com a saúde infantil, existindo escalas adaptadas às várias faixas etárias, disponíveis para a população portuguesa desde os 4 aos 16 anos, versão criança e versão pais. Exemplo Questionário Kid-KINDL 8-12 anos (Crianças), Questionário Kiddy-KINDL 4-7 anos (Crianças), Questionário Kiddy-KINDL 4-7 anos (Pais), Questionário Kid-KINDL 8-12 anos & Kiddo-KINDL 12-16 anos (Pais), Inventário sobre a Qualidade de Vida Pediátrica, versão 4.0 – Inquérito às crianças (5-7 anos) e (8-12 anos), Inventário sobre a Qualidade de Vida Pediátrica, versão 4.0 – Inquérito aos pais sobre os seus filhos (5-7 anos) e (8-12 anos).

Os instrumentos de avaliação acima referidos encontram-se adaptados à realidade da população portuguesa, mas poderão estar sujeitos a pedido de autorização aos autores (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Estas avaliações poderão conduzir a um estudo inédito acerca do impacto de um programa de simulação, na capacitação dos pais/cuidadores, na diminuição da sua sobrecarga e na qualidade de vida destas crianças tão especiais.

Referências Bibliográficas:

Caloway, C., Balakrishnan, K., Boudeweyns, A., Chan, K., Cheng, A., Daniel, S., Fayoux, P., Garabedian, N., Hart, C., Moreddu, E., Muntz, H., Nicollas, R., Nuss, R., Pransky, S., Rahbar, R., Russell, J., Rutter, M., Sidell, D., Smith, R. "...". Hartnick, C. (2021). International Pediatric Otolaryngology Group (IPOG) survey: Efforts to avoid complications in home tracheostomy care. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 141. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2020.110563>

CHKS (2018). CHKS Accreditation case study. The Children's Trust. Why the accreditation journey never stops delivering benefits for service users, families and staff. [https://www.chks.co.uk/userfiles/files/Case%20studies/CHKS Accreditation-Childrens Trust 2021 v2.pdf](https://www.chks.co.uk/userfiles/files/Case%20studies/CHKS_Accreditation-Childrens_Trust_2021_v2.pdf)

Cincinnati Children's (2018). Tracheotomy Care Handbook. <https://www.cincinnatichildrens.org/-/media/cincinnati%20childrens/home/health/t/tracheotomy-handbook/handbook-final.pdf?la=en>

DGS (2017). Norma Número: 011/2016 data: 28/10/2016 atualização 03/03/2017 – Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias Respiratórias em Idade Pediátrica e no Adulto. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/Indicacoes-Clinicas-e-Intervencao-nas-Ostomias-Respiratorias-em-Idade-Pediatrica-e-no-Adulto.pdf>

DGS – Departamento da Qualidade na saúde (2017). Manual de Standards. Unidades de Gestão Clínica. Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros->

[anexos/manual de acreditacao de unidades de-
saudegestao clinica ms 1 02 print v31.aspx](#)

Doherty, C., Neal, R., English, C., Cooke, J., Atkinson, D., Bates, L., Moore, J., Monks, S., Bowler, M., Bruce, I., Bateman, N., Wyatt, M., Russell, J., Perkins, R. & McGrath, B. (2018). Multidisciplinary guidelines for the management of paediatric tracheostomy emergencies. *Anaesthesia*, 73, 1400-1417. Doi:10.1111/anae.14307

Fuller, C., Wineland, A. & Richter, G. (2021). Update on Pediatric Tracheostomy: Indications, Technique, Education, and Decannulation. *Current Otorhinolaryngology Reports*. 9: 188-199. <https://doi.org/10.1007/s40136-021-00340-y>

Hartnick, C., Diercks, G., Guzman, V., Hartnick, E., Cleave, J. & Callans, K. (2017). 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*, 99, 107–110. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28688550/>

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

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. <https://doi.org/10.4037/aacnacc2018873>

Paediatric Critical Care (2016). Paediatric Tracheostomy Guidelines. <https://www.bsuh.nhs.uk/library/wp-content/uploads/sites/8/2020/06/Paediatric-Tracheostomy-Care-Guidelines.pdf>

Prickett, K., Deshpande, A., Paschal, H., Simon, D. & Hebbbar, K. (2019). Simulation-based education to improve emergency management skills in caregivers of tracheostomy patients. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 120, 157–161. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2019.01.020>

Ramos, A. & Barbieri-Figueiredo, M. (2020). Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem. Instrumentos de Avaliação a utilizar em crianças, jovens e família. Capítulo 15. 312-321.

Smith, M., Benscoter, D. & Hart C. (2020). Pediatric tracheostomy care updates. *Pediatric otolarungology*. 28 (6). 425-429. DOI:10.1097/MOO.0000000000000666

Starship Child Health (2018). Going home with a Tracheostomy. *Nurse Educators and ENT Nurse Specialist*.

Starship Child Health (2020). Tracheostomy management for na infant, child ou young person. *Nursing 320*estrutura320. <https://starship.org.nz/320estrutura320/tracheostomy-management-for-na-infant-child-or-young-person/>

Trach Team (2017). A Guide for Caring for your Child. *Children's health*

Volsko, T., Parker, S., Deakins, K., Walsh, B., Fedor, K., Valika, T., Ginier, E. & Strickland, S. (2021). AARC Clinical Practice Guideline: Management of Pediatric Patients With Tracheostomy in the Acute Care Setting. *Respiratory Care*. Vol 66. N.º 1. DOI: 10.4187/respcare.08137

Wells, S., Shermont, H., Hockman, G., Hamilton, S., Abecassis, L., Blanchette, S. & Munhall, D. (2017). Standardized Tracheostomy Education Across the Enterprise. *Journal of Pediatric Nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.06.004>

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. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.07.011>

APÊNDICES:

APÊNDICE A– Avaliação da 1ª Sessão – Pré-operatória

Cuidados iniciais (pré-operatório/peri-operatório)

| Intervenção de Enfermagem | | Ensinar | Instruir | Treinar | Supervisionar | Observações |
|--|--|---------|----------|---------|---------------|-------------|
| Conceito de traqueotomia | | | | | | |
| Finalidade da traqueotomia | | | | | | |
| Material necessário | | | | | | |
| Aquisição do material necessário | | | | | | |
| Periodicidade de troca de dispositivos | | | | | | |
| Alimentação e hidratação | | | | | | |
| Comunicação | | | | | | |
| Vestuário | | | | | | |
| Apoio profissional | Guia prático para pais | | | | | |
| | Recursos após a alta (Contactos de emergência) | | | | | |

APÊNDICE B– Avaliação da 2ª Sessão – Pós-operatória

Cuidados ao estoma e pele peri-estoma

| Intervenção de Enfermagem | | Ensinar | Instruir | Treinar | Supervisionar | Observações |
|--|--|---------|----------|---------|---------------|-------------|
| Material necessário | | | | | | |
| Aquisição do material necessário | | | | | | |
| Higienização das mãos | | | | | | |
| Posicionamento da criança | | | | | | |
| Periodicidade dos cuidados ao estoma e pele peri-estoma | | | | | | |
| Técnica dos cuidados ao estoma e pele peri-estoma | Remoção da compressa de proteção | | | | | |
| | Limpeza do estoma e pele peri-estoma com soro fisiológico | | | | | |
| | Se secreções muito espessas e de difícil remoção, limpeza com mistura de água oxigenada (5ml) com soro fisiológico (5ml) | | | | | |
| | Aplicação de nova compressa de proteção | | | | | |
| Alterações do estoma e pele peri-estoma | | | | | | |
| Atuação em caso de complicações do estoma e pele peri-estoma | | | | | | |

Cuidados na mudança dos fixadores da cânula de traqueotomia

| Intervenção de Enfermagem | | Ensinar | Instruir | Treinar | Supervisionar | Observações |
|--|--|---------|----------|---------|---------------|-------------|
| Periodicidade da mudança dos fixadores (diariamente ou SOS) | | | | | | |
| Material necessário | | | | | | |
| Aquisição do material necessário | | | | | | |
| Higienização das mãos | | | | | | |
| Posicionamento da criança | | | | | | |
| Técnica da mudança dos fixadores | Enquanto um cuidador segura a cânula outro cuidador troca os fixadores | | | | | |
| | Remoção do fixador de um dos lados com colocação simultânea do novo fixador | | | | | |
| | Cuidados à pele do pescoço | | | | | |
| | Reconhece alterações da pele do pescoço | | | | | |
| | Atuação em caso de alterações da pele do pescoço | | | | | |
| | Remoção do fixador do outro lado da cânula, com colocação simultânea do novo fixador | | | | | |
| Verificação da margem de segurança entre a pele e o fixador (passagem do dedo indicador) | | | | | | |

APÊNDICE C – Avaliação da 3ª Sessão – Pós-operatória

Aspiração de secreções pela traqueotomia

| Intervenção de Enfermagem | | Ensinar | Instruir | Treinar | Supervisionar | Observações |
|--|---|---------|----------|---------|---------------|-------------|
| Reconhece sinais da necessidade de aspiração de secreções | | | | | | |
| Higienização das mãos | | | | | | |
| Material necessário | | | | | | |
| Aquisição do material necessário | | | | | | |
| Posicionamento da criança | | | | | | |
| Técnica de aspiração (Duração de cada aspiração 10-15 segundos) | Regulação da pressão no aspirador | | | | | |
| | Conexão da sonda de aspiração ao tubo do aspirador | | | | | |
| | Segurar a sonda com a mão dominante com luva de palhaço calçada | | | | | |
| | Introdução da sonda de aspiração até ao limite recomendado | | | | | |
| | Pressionar o vácuo e retirar a sonda com movimentos rotativos | | | | | |
| | Se secreções espessas – aplicar 3 a 4 gotas de soro fisiológico | | | | | |

| | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|
| | no interior da cânula e aspirar de imediato | | | | | |
| Repetir as aspirações consoante a necessidade (30 segundos entre cada aspiração) | | | | | | |
| Limpar as secreções da sonda, aspirando um pouco de soro fisiológico | | | | | | |
| Verificar a necessidade de fornecer oxigénio | | | | | | |
| Higienizar o copo do aspirador todos os dias ou SOS | | | | | | |

Administração de oxigénio pela cânula de traqueotomia

| Intervenção de Enfermagem | Ensinar | Instruir | Treinar | Supervisionar | Observações |
|---|----------------|-----------------|----------------|----------------------|--------------------|
| Higienização das mãos | | | | | |
| Material necessário | | | | | |
| Aquisição do material necessário | | | | | |
| Posicionamento da criança | | | | | |
| Técnica de administração de oxigénio pela cânula de traqueotomia | | | | | |
| Verificar a necessidade de manter oxigénio suplementar | | | | | |

Realização de insuflações com ressuscitador manual

| Intervenção de Enfermagem | Ensinar | Instruir | Treinar | Supervisionar | Observações |
|----------------------------------|----------------|-----------------|----------------|----------------------|--------------------|
| Higienização das mãos | | | | | |
| Material necessário | | | | | |
| Aquisição do material necessário | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| Posicionamento da criança | | | | | |
| Técnica de insuflação com ressuscitador manual (Adaptação da pressão e frequência consoante a faixa etária da criança) | | | | | |

Realização de aerossolterapia

| Intervenção de Enfermagem | | Ensinar | Instruir | Treinar | Supervisionar | Observações |
|--|---|---------|----------|---------|---------------|-------------|
| Higienização das mãos | | | | | | |
| Material necessário | | | | | | |
| Aquisição do material necessário | | | | | | |
| Posicionamento da criança | | | | | | |
| Técnica de realização de aerossolterapia | Adaptação do nebulizador à cânula de traqueotomia e ao ressuscitador manual | | | | | |
| | Por cada puf administrado devem ser realizadas 3 insuflações | | | | | |

APÊNDICE D– Avaliação da 4ª Sessão – Pós-operatória

Cuidados na mudança da cânula de traqueotomia

| Intervenção de Enfermagem | | Ensinar | Instruir | Treinar | Supervisionar | Observações |
|--|--------------------------------------|---------|----------|---------|---------------|-------------|
| Material necessário | | | | | | |
| Aquisição do material necessário | | | | | | |
| Periodicidade da mudança da cânula (Após a alta mensalmente) | | | | | | |
| Higienização das mãos | | | | | | |
| Posicionamento da criança | | | | | | |
| Reconhece necessidade de aspiração de secreções | | | | | | |
| Preparação da cânula nova | Introdução do condutor na cânula | | | | | |
| | Lubrificação da cânula | | | | | |
| Técnica da mudança da cânula | Remoção da compressa de proteção | | | | | |
| | Limpeza do estoma e pele peri-estoma | | | | | |
| | Remoção dos fixadores da cânula | | | | | |
| | Remoção da cânula antiga | | | | | |
| | Elevação do queixo | | | | | |
| | Introdução da cânula nova | | | | | |
| | Rápida remoção do condutor da cânula | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| Fixação da cânula nova | | | | | |
| Verificação da margem de segurança entre a pele e o fixador | | | | | |
| Aplicação de compressa/penso de proteção | | | | | |

APÊNDICE E – Avaliação da 5ª Sessão – Pré-alta

Cuidados em caso de emergência

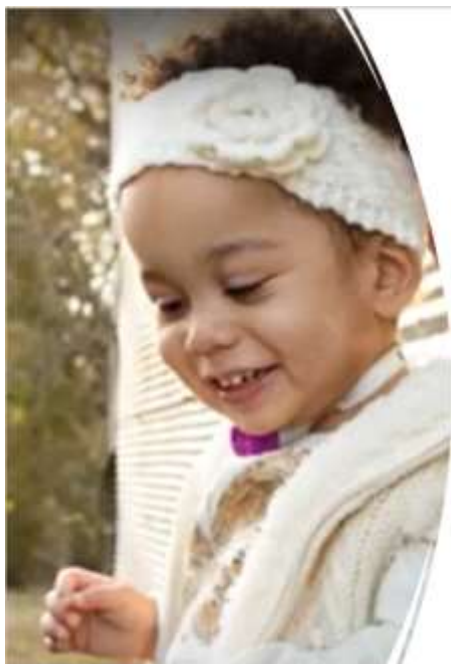
| Intervenção de Enfermagem | | Ensinar | Instruir | Treinar | Supervisionar | Observações |
|--|---|--------------------------------------|----------|---------|---------------|-------------|
| Verificação das condições de segurança | | | | | | |
| Verificação do estado de consciência | | | | | | |
| Pedir ajuda | | | | | | |
| Permeabilidade da via aérea | Verificação da colocação da cânula de traqueotomia | | | | | |
| | Remoção dos anexos (tampas, filtros, válvulas) | | | | | |
| | Aspiração da cânula (sonda de aspiração passa 8 cm) | | | | | |
| | Cânula Obstruída | 1ª Abordagem Tamanho igual | | | | |
| 2ª Abordagem Tamanho abaixo | | | | | | |
| 3ª Abordagem Tamanho abaixo com sonda de aspiração como guia | | | | | | |
| Ver, ouvir e sentir Boca e Traqueotomia | | | | | | |
| 5 Insuflações iniciais | SE via aérea superior NORMAL Respiração boca a boca/Ambu com máscara facial na face Cobrir o estoma (mão, penso, compressas) | | | | | |
| | SE via aérea superior BLOQUEADA Respiração boca – estoma | | | | | |

| | | | | | | |
|--------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | |
| Pesquisar sinais de vida | | | | | | |
| SBV (15 compressões: 2 insuflações) | | | | | | |
| Certificar que a ajuda vem a caminho | | | | | | |

Em caso de sangramento abundante pela traqueotomia

| Intervenção de Enfermagem | Ensinar | Instruir | Treinar | Supervisionar | Observações |
|---|----------------|-----------------|----------------|----------------------|--------------------|
| Pedir ajuda imediatamente/ Chamar 112 (Domicílio) | | | | | |
| Aspirar as secreções/sangue para a criança não asfixiar | | | | | |
| Fornecer oxigénio na traqueia e na face, se duas fontes de O2 disponíveis | | | | | |
| Se deixar de respirar iniciar SBV | | | | | |
| Certificar que a ajuda vem a caminho | | | | | |

Apêndice XXVIII - Sessão de formação "Cuidados de Enfermagem à Criança com Traqueotomia e Família"



Cuidados de Enfermagem à Criança com Traqueotomia e Família

Enfermeira Joana Cereja

Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica—Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde;

Sob a orientação do EEESIP e Mestre [REDACTED];

Sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Ramos

1

Sumário

Princípios dos cuidados de enfermagem à Criança com Traqueotomia e Família

Indicações para a realização de uma traqueotomia na criança

Pontos chave

Cuidados Básicos à Criança com Traqueotomia

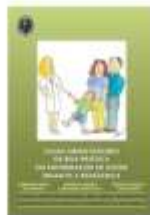
Capacitar os pais/cuidadores de crianças com traqueotomia

2

Princípios dos cuidados de enfermagem à Criança com Traqueotomia e Família



Princípios dos cuidados de enfermagem à Criança com Traqueotomia e Família



NORMA

Nº 10/2014
 Data: 2014/05/20
 Autorização: Ministério da Saúde
 Assunto: "Sistema Nacional de Informação em Saúde - Informação em Saúde - Publicação de dados"

Objetivo: "Promoção e implementação de sistemas de informação em saúde"

Área: "Medicina e Enfermagem de Saúde Pública"

Contacto: Departamento de Qualidade de Saúde (DQSA)@dnvsa.minis.gov.pt

AARC Clinical Practice Guideline: Management of Pediatric Patients With Tracheostomy in the Acute Care Setting

Yvona A. Valdez, Sara W. Parker, Kathleen Dinkens, Brian K. Walsh, Katherine L. Folsch, Taha Valika, Sandy Glavin, and Sherrie L. Strickland

<https://doi.org/10.1016/j.annals.2014.08.008>



International Pediatric Otolaryngology Group (IPOP) survey: Efforts to avoid complications in home tracheostomy care

Lucas Borkowski *et al.* <https://doi.org/10.1016/j.ijp.2014.08.008>

PEDIATRIC OTOLARYNGOLOGY: Pediatric Airway and Voice in Critical Care, Section Editors

Update on Pediatric Tracheostomy: Indications, Technique, Education, and Decannulation

REVIEW



Pediatric tracheostomy care updates

Matthew B. Smith^{1,2,3}, Dan Brossmer^{4,5} and Catherine A. Harp^{6,7}

Published 2014, 15, 1489-1517

<https://doi.org/10.1016/j.annals.2014.08.008>

Multidisciplinary guidelines for the management of paediatric tracheostomy emergencies

Princípios dos cuidados de enfermagem à Criança com Traqueotomia e Família



Indicações para a realização de uma traqueotomia na criança

Situações de necessidade de ventilação prolongada:

- Prematuridade
- Doenças neuromusculares
- Malformações congénitas

Situação de emergência:

- Obstrução da via aérea por causa traumática, tumoral ou corpo estranho.

(DGS, 2017)

6

Pontos chave

A criança com traqueotomia tem direito ao acesso a um serviço disponível 24h/dia

Não se deve mudar a compressa ou penso de proteção, bem como os fixadores, nas primeiras 24h a 48 horas pelo risco de descanulação

Ter na unidade da criança um Kit de emergência

Ter na unidade da criança o cartão de cabeceira visível

Os procedimentos devem ser realizados por duas pessoas

Antes dos procedimentos a criança deve suspender a alimentação

Manter os cuidados básicos à criança e ensino aos cuidadores, previne complicações e diminui o tempo de internamento

A capacitação da criança/cuidadores deve ser iniciada o mais precocemente possível, de preferência na fase pré-operatória.

7

Cuidados Básicos à Criança com Traqueotomia

Devem ser:

Adaptados às características da criança

Estruturados e continuados

Incluir os cuidadores com vista à sua capacitação

Baseados na evidência científica mais atual

8

Cuidados Básicos à Criança com Traqueotomia Cuidados de Higiene com o estoma e pele peri-estoma

- ✓ Cuidados estruturados e continuados ao estoma e pele peri-estoma, reduzem potenciais complicações
- ✓ Realizar pelo menos 2 vezes por dia e sempre que o penso estiver húmido (DGS, 2017)
- ✓ Em quase 10% de todas as traqueostomias ocorrem úlceras de pressão
 - Maltodextrina gel e/ou Espuma impregnada em prata como prevenção ou tratamento de lesões (Fuller, Wineland & Richter, 2021)
 - Espuma de poliuretano hidrofílica (AARC, Clinical Practice Guideline, 2021)

9

Cuidados Básicos à Criança com Traqueotomia Cuidados de Higiene com o estoma e pele peri-estoma

O que usar para limpar?

- Soro Fisiológico (sempre)
- Octiset® ou Clorhexidina 2% solução dérmica (se apresentar sinais inflamatórios)
- Peróxido de hidrogénio e água destilada, em partes iguais (se dificuldade na remoção de secreções)



10

Cuidados Básicos à Criança com Traqueotomia

Fixação da cânula de traqueotomia

- American Association for Respiratory Care (AARC) Clinical Practice Guideline (2021), recomenda a vigilância e cuidados à pele do pescoço, bem como a troca diária dos fixadores.
- Existem vários tipos de fixadores sendo os mais comuns fitas de nastro e fitas de velcro.
- Os estudos revelam que o uso de fita de nastro não confere benefício sobre as fitas de velcro, podendo mesmo aumentar o risco de irritação cutânea e lesões na pele (Fuller, Wineland & Richter, 2021).

11

Cuidados Básicos à Criança com Traqueotomia Fixação da cânula de traqueotomia

- Deve ser realizado por duas pessoas: 1 pessoa segura a cânula, outra pessoa troca os fixadores.
- Remove-se de um dos lados com colocação simultânea do fixador novo
- Observação, higiene e hidratação da pele do pescoço
- Remove-se do outro lado com colocação simultânea do fixador novo
- O dedo indicador deve conseguir passar facilmente entre a pele e o fixador
- Não deve ficar demasiado largo (maior risco de descanulação), nem demasiado apertado (risco de lesão cutânea)

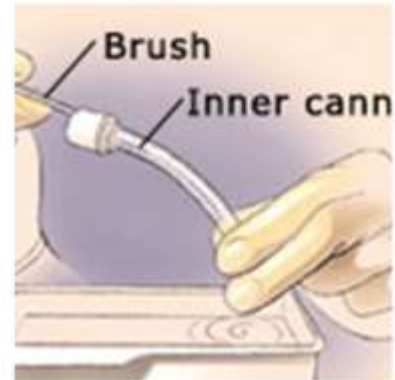


12

Cuidados Básicos à Criança com Traqueotomia

Cuidados à cânula interna

- ✓ Higienização da cânula de manhã, à noite e sempre que está obstruída de secreções (DGS, 2017)
- ✓ Esta limpeza deve ser realizada usando os produtos aconselhados pelos fabricantes para preservar a integridade da cânula de traqueotomia (Volsko et al, 2021).
 - ✓ Peróxido de hidrogénio e água destilada em partes iguais (pode usar o condutor ou escovilhão para ajudar a limpar a parte interna da cânula)



13

Cuidados Básicos à Criança com Traqueotomia

Substituição da cânula de traqueotomia

- Existem 2 abordagens cirúrgicas: vertical e horizontal
- A descanulação acidental numa traqueotomia com menos de 5 dias é uma complicação grave.
- Devem ser colocadas suturas de segurança em cada lado da incisão traqueal, no momento da cirurgia (Fuller, Wineland & Richter, 2021)
- Estas suturas podem ser usadas para elevar a traqueia à pele e ajudar na substituição da cânula de traqueotomia em caso de descanulação acidental (Fuller, Wineland & Richter, 2021).



Figure 2. (a) The vertical approach through the neck will be superior to the child of Anaphora. (b) The vertical approach will be superior to the child of Anaphora. (c) The vertical approach will be superior to the child of Anaphora.



Figure 3. (a) The horizontal approach through the neck will be superior to the child of Anaphora. (b) The horizontal approach will be superior to the child of Anaphora. (c) The horizontal approach will be superior to the child of Anaphora.

14

Cuidados Básicos à Criança com Traqueotomia Substituição da cânula de traqueotomia

- American Association for Respiratory Care (AARC) Clinical Practice Guideline (2021), recomendam a troca da cânula sempre que necessária e com alguma regularidade, no mínimo a cada 1 a 2 semanas, prevenindo a obstrução.
- A remoção e introdução da cânula de traqueotomia deve ser realizada, por duas pessoas:
 - uma fica responsável pela remoção e colocação da cânula,
 - outra fica responsável pela remoção e colocação dos fixadores.

15

Cuidados Básicos à Criança com Traqueotomia Substituição da cânula de traqueotomia

- 1ª mudança de cânula ocorre após 7 dias do pós-operatório
 - maturação do estoma e prevenção de falsos trajetos
 - realizada por médico de ORL e equipa de enfermagem
- 2ª e 3ª mudança de cânula ocorre na 2ª e 3ª semana pós-operatório
 - realizadas por médico de ORL, equipa de enfermagem e na presença/colaboração dos pais/cuidadores



16

Cuidados Básicos à Criança com Traqueotomia Técnica de Aspiração de secreções



- A aspiração de secreções é uma técnica asséptica
- Remover as secreções da árvore traqueobrônquica por meio de vácuo
- Os sinais de necessidade de aspiração de secreções são:
 - Sons/ruídos na cânula de traqueotomia;
 - Polipneia;
 - Secreções na abertura da cânula de traqueotomia;
 - Sinais de dificuldade respiratória – cianose, dessaturação, agitação;
 - Sinais de obstrução da cânula de traqueotomia – diminuição dos movimentos da parede torácica, diminuição dos sons respiratórios, dessaturação, cianose (Starship Child Health, 2020)

17

Cuidados Básicos à Criança com Traqueotomia Técnica de Aspiração de secreções

Pressão adequada

- Neonatos – 50-100mmHg
- Crianças/adultos 100/120mmHg
- Para ajudar a fluidificar secreções – aplicar 3 a 4 gotas de soro fisiológico até o máximo de 1ml



18

Cuidados Básicos à Criança com Traqueotomia Humidificação

- Como a cânula de traqueotomia elimina a passagem do ar pelas vias aéreas superiores, deixam de existir os mecanismos normais de humidificação
- American Thoracic Society recomenda uma temperatura do ar inspirado de 32°C a 34°C e umidade de 36 a 40 mgH₂O/L (Volsko et al, 2021).
- O humidificador deve ser substituído diariamente e/ou sempre que necessário



19

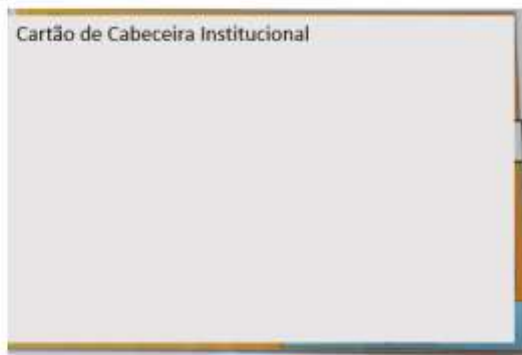
Cuidados Básicos à Criança com Traqueotomia: Suporte Básico de Vida

- Cartão de cabeceira bem visível é importante em caso de necessidade de suporte básico e avançado de vida.
- Reconhecer sinais de alerta e atuar em conformidade.
- Deve ser usado o algoritmo de suporte avançado de vida adotado pela instituição (encontra-se na parte de trás do cartão de cabeceira).

Algoritmo de emergência na
criança Traqueotomizada
Institucional



Cartão de Cabeceira Institucional



20

Capacitar os pais/cuidadores de crianças com traqueotomia Guia prático dos cuidados básicos à criança com traqueotomia

- Elaboração de um guia prático passo-a-passo dos cuidados básicos à criança com traqueotomia
- Imagens exemplificativas dos cuidados
- Instruir e esclarecer dúvidas dos pais/cuidadores
- Instrumento de apoio no pós-alta

Cuidados Básicos à Criança com Traqueotomia



6.7 Limpe a pele do pescoço com compressas com soro fisiológico, seque muito bem e aplique creme hidratante

7.6.6

7.6.6.6



7.7 Limpe a conexão de modo apropriado e vácuo e conecte ao frasco.

7.8 Ligue o circuito, conecte o reservatório. Ligue o regulador de vácuo conectado por um tubo comum.

7.9 Limpe o regulador de vácuo e conecte.



8.8 Verifique se o estabilizador ficou com a medida correta

Deve permitir a passagem do dedo indicador entre o pescoço e o flange!

Previna a compressão da pele na pele!



23

Capacitar os pais/cuidadores de crianças com traqueotomia Elaboração de Kit's de Emergência

- Uniformização do material de emergência que deve existir à cabeceira da criança
- Permitir recursos seguros, para melhoria dos cuidados
- Cumprir as normas de segurança na criança com traqueotomia



24

Capacitar os pais/cuidadores de crianças com traqueotomia

Checklist's de intervenções de enfermagem

- Realizadas com base na Norma da DGS (2017), *Guidelines* internacionais e usando a linguagem CIPE®
- Instrumentos orientadores para a capacitação de pais/cuidadores de crianças com traqueotomia
- Facilitador na organização dos cuidados à criança/família, permitindo uma continuidade dos mesmos.

Capacitar os pais/cuidadores de crianças com traqueotomia

Checklists de intervenções de enfermagem

| Cuidados Iniciais (pré-operatório/perí-operatório) | | | | | Cuidados ao sistema e pelo pré-sistema | | | | Aplicação de ventosão pela traqueostomia | | | | | |
|--|--|----------|---------|---------------|---|---------|----------|---------|--|---------|----------|---------|---------------|-------------|
| Intervenção de Enfermagem | Ensinar | Instruir | Treinar | Supervisionar | Intervenção de Enfermagem | Ensinar | Instruir | Treinar | Intervenção de Enfermagem | Ensinar | Instruir | Treinar | Supervisionar | Observações |
| Conceito de traqueotomia | | | | | Material necessário | | | | Reconhecer sinais de necessidade de ventosão de emergência | | | | | |
| Finalidade da traqueotomia | | | | | Aquisição do material necessário | | | | Organização do meio | | | | | |
| Material necessário | | | | | Posicionamento da criança | | | | Material necessário | | | | | |
| Aquisição do material necessário | | | | | Perficiência dos cuidados ao sistema e pelo pré-sistema | | | | Aquisição do material necessário | | | | | |
| Perficiência de troca de dispositivos | | | | | Técnicas de cuidados ao sistema e pelo pré-sistema | | | | Posicionamento da criança | | | | | |
| Alimentação e hidratação | | | | | Técnicas de aspiração de secreções de emergência | | | | Técnica de ventosão | | | | | |
| Comunicação | | | | | Remoção de secreções de emergência em situações de emergência | | | | Regulação de ventosão no respirador | | | | | |
| Vestário | | | | | Utilização de máscara de proteção | | | | Classificação de cada ventosão (10-15 segundos) | | | | | |
| Apoio profissional | Guia prático para pais | | | | Atuação de enfermeiros em situações de emergência | | | | Características de cada ventosão | | | | | |
| | Recursos após a alta (Contactos de emergência) | | | | Atuação de enfermeiros em situações de emergência | | | | Segurança com o sistema | | | | | |
| | | | | | | | | | Introdução de ventosão em situações de emergência | | | | | 76 |

Capacitar os pais/cuidadores de crianças com traqueotomia Programa de Simulação para Pais/Cuidadores

- Programa de simulação como complemento aos ensinamentos acerca dos cuidados que são realizados junto da criança
- Programa estruturado em 5 sessões
- Cada sessão do pós-operatório é realizada por 2 enfermeiros:
 - 1 enfermeiro realiza a simulação,
 - 1 enfermeiro realiza as avaliações segundo as checklists
- **1ª sessão - Pré-operatória:**
- Esclarecimento de dúvidas acerca da cirurgia, das cânulas de traqueotomia e outros materiais necessários aos cuidados, do aspeto da criança no pós-operatório imediato, das suas competências respiratórias, vocais, alimentares, entre outras.
- Apresentar os equipamentos e os materiais necessários para prestar cuidados ao estoma, pele peri-estoma e à cânula de traqueotomia, bem como o Kit de Cuidados à Criança com Traqueotomia.
- Disponibilizar o Manual de Cuidados à Criança com Traqueotomia, bem como o Guia prático para os pais/cuidadores – Cuidados Básicos à Criança com Traqueotomia, em suporte papel e informático

29

Capacitar os pais/cuidadores de crianças com traqueotomia Programa de Simulação para Pais/Cuidadores

- **2ª sessão – Pós-operatória:**
- Capacitação dos pais/cuidadores na realização dos cuidados ao estoma, pele peri-estoma e mudança dos fixadores da cânula.
- **3ª sessão – Pós-operatória:**
- Capacitação dos pais/cuidadores na identificação de sinais de dificuldade respiratória e como atuar:
- aspiração de secreções pela cânula de traqueotomia,
- administração de oxigénio pela cânula de traqueotomia,
- realização de insuflações com ressuscitador manual,
- realização de aerosolterapia.

30

Capacitar os pais/cuidadores de crianças com traqueotomia Programa de Simulação para Pais/Cuidadores

- 4ª sessão – Pós-operatória:
- Capacitação dos pais/cuidadores na troca de cânula de traqueotomia
- Para que adquiram competências, reduzindo a ansiedade perante este procedimento.

- 5ª sessão – Pós-operatória:
- Capacitação dos pais/cuidadores no reconhecimento e atuação em situações de emergência.
- Realização de todos os cuidados com os recursos materiais e dispositivos que irão ter em casa.
- Simulação de situações emergentes em contexto domiciliar.
- Essencial para a transição da criança do meio hospitalar para o domicílio.

11

Capacitar os pais/cuidadores de crianças com traqueotomia Programa de Simulação para Pais/Cuidadores

- Cada sessão não deve exceder 2h
- Cada sessão é acompanhada de uma checklist de intervenções de enfermagem por forma a avaliar os pais/cuidadores na aquisição de conhecimentos e habilidades
- No final de cada sessão os pais/cuidadores realizam a avaliação da mesma
Adaptação de conteúdos e métodos de ensinosa às suas necessidades



12

Capacitar os pais/cuidadores de crianças com traqueotomia Programa de Simulação para Pais/Cuidadores

A sua implementação irá permitir:

- A reeducação direcionada para uma correta abordagem em situações de emergência (Prickett et al, 2019).
- Melhoria significativa na qualidade dos cuidados à criança; diminuição da sobrecarga do cuidador (Hartnick et al, 2017).
- Aumento da competência e diminuição dos níveis de ansiedade dos cuidadores (Wooldridge & Carter, 2021).
- Diminuição do tempo de internamento, aumento da satisfação do cuidador, diminuição do stress do cuidador e redução dos custos de cuidados de saúde (Orne et al, 2018).

33

Capacitar os pais/cuidadores de crianças com traqueotomia Programa de Simulação para Pais/Cuidadores

Após a sua implementação poderão ser realizados estudos acerca do seu impacto, nomeadamente no que diz respeito a:

- empoderamento familiar, aplicando a Escala de Empoderamento Familiar (FES) às famílias das crianças com traqueotomias que ingressaram no programa;
- sobrecarga associada à prestação de cuidados da criança com traqueotomia, aplicando a Escala de Impacto Familiar (EIF);
- qualidade de vida relacionada com a saúde infantil, existindo escalas adaptadas às várias faixas etárias, disponíveis para a população portuguesa desde os 4 aos 16 anos, versão criança e versão pais.

34

Referências Bibliográficas

- Cincinnati Children's (2016). *Tracheostomy Care Handbook*. Disponível em: <https://www.cincinnatichildrens.org/media/cincinnati%20childrens/home/health/tracheostomy-handbook/handbook-0616.pdf?rev=1>
- DGS (2017). Norma N.º 109/2016 data: 28/10/2016 atualização: 03/03/2017 - Indicações Clínicas e Intervenção nas Otorrinolaringopatias em Idade Pediátrica e no Adulto. Disponível em: <https://normas.dgs.mn-saude.pt/wp-content/uploads/2015/09/Indicacoes-Clinicas-e-Intervencao-nas-Otorrinolaringopatias-em-idade-Pediatica-e-no-Adulto.pdf>
- Paediatric Critical Care (2016). Paediatric Tracheostomy Guidelines. Disponível em: <http://www.bjui.nhs.uk/library/wp-content/uploads/sites/9/2016/04/Paediatric-Tracheostomy-Care-Guidelines.pdf>
- O'neary et al (2016). *Multidisciplinary guidelines for the management of paediatric tracheostomy emergencies*. *Australasian J Physiotherapy*, 75, 1400-1417. doi:10.1111/ajpa.124507
- Fuller, Winkler & Richter (2021). *Update on Pediatric Tracheostomy: Indications, Technique, Education, and Decannulation*. *Current Otorhinolaryngology Reports*, 9, 186-199. <https://doi.org/10.1007/s40136-021-00346-y>
- INEM & DPEM (2017). *Manual de Suporte Básico de Vida Pediátrico*. Versão 3.0 – 3ª edição 2017. Disponível em: <http://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/08/Suporte-BVCPNA-Libro-de-Vida-Pedi%C3%A1trico.pdf>
- Resuscitation Council UK (2021). *Paediatric emergency algorithms & resources*. Guidelines 2021, Version 3. Disponível em: <https://www.resus.org.uk/sites/default/files/2021-03/ROUK%20Paediatric%20Emergency%20Algorithm%20and%20Resource%20March%2021%20DV1.pdf>
- Starship Child Health (2020). *Tracheostomy management for an infant, child or young person*. <https://starship.org.nz/publications/tracheostomy-management-for-an-infant-child-or-young-person/>
- Skellert et al (2021). *Paediatric advance life support*. Guidelines. Resuscitation Council UK. Disponível em: <https://www.resus.org.uk/wp-content/uploads/2021/03/11321>
- *Trach Team of Children's Health* (2017). *A Guide for Caring for your Child*.
- Van de Voorde et al (2021). *European Resuscitation Council Guidelines 2021: Paediatric Life Support*. *Resuscitation*, 161, 527-567. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.015>
- Volko T, et al (2021). *AARC Clinical Practice Guideline: Management of Pediatric Patients With Tracheostomy in the Acute Care Setting*. *Respiratory Care*. Vol 66, N.º 1. DOI: 10.4187/respcare.08137

33

Obrigada pela
atenção!



Apêndice XXIX – Avaliação da sessão de formação da UCIP

| Perguntas | DISCORA TOTALMENTE | DISCORDA | CONCORDA | CONCORDA TOTALMENTE |
|-----------|--------------------|----------|-----------|---------------------|
| P.1 | 0% | 0% | 5% | 95% |
| P.2 | 0% | 0% | 5% | 95% |
| P.3 | 0% | 0% | 5% | 95% |
| P.4 | 0% | 0% | 5% | 95% |
| P.5 | 0% | 0% | 5% | 95% |
| P.6 | 0% | 0% | 5% | 95% |
| P.7 | 0% | 0% | 5% | 95% |
| P.8 | 0% | 0% | 5% | 95% |
| P.9 | 0% | 0% | 5% | 95% |
| P.10 | 0% | 0% | 5% | 95% |
| P.11 | 0% | 0% | 5% | 95% |
| | | | 5% | 95% |

| Perguntas | Insuficiente | Suficiente | Bom | Muito Bom |
|-----------|--------------|------------|-----------|------------|
| P.12 | 0% | 0% | 5% | 95% |
| P.13 | 0% | 0% | 5% | 95% |
| P.14 | 0% | 0% | 5% | 95% |
| P.15 | 0% | 0% | 5% | 95% |
| P.16 | 0% | 0% | 5% | 95% |
| P.17 | 0% | 0% | 5% | 95% |
| P.18 | 0% | 0% | 5% | 95% |
| P.19 | 0% | 0% | 5% | 95% |
| | | | 5% | 95% |

Apêndice XXX – Análise SWOT do contexto serviço de Cirurgia Pediátrica e Queimados



Após realizar a análise SWOT em relação às necessidades de melhoria dos cuidados de enfermagem à criança com ostomia urinária não continente e família, encontrei pontos de convergência entre forças, fraquezas e oportunidades sendo estes:

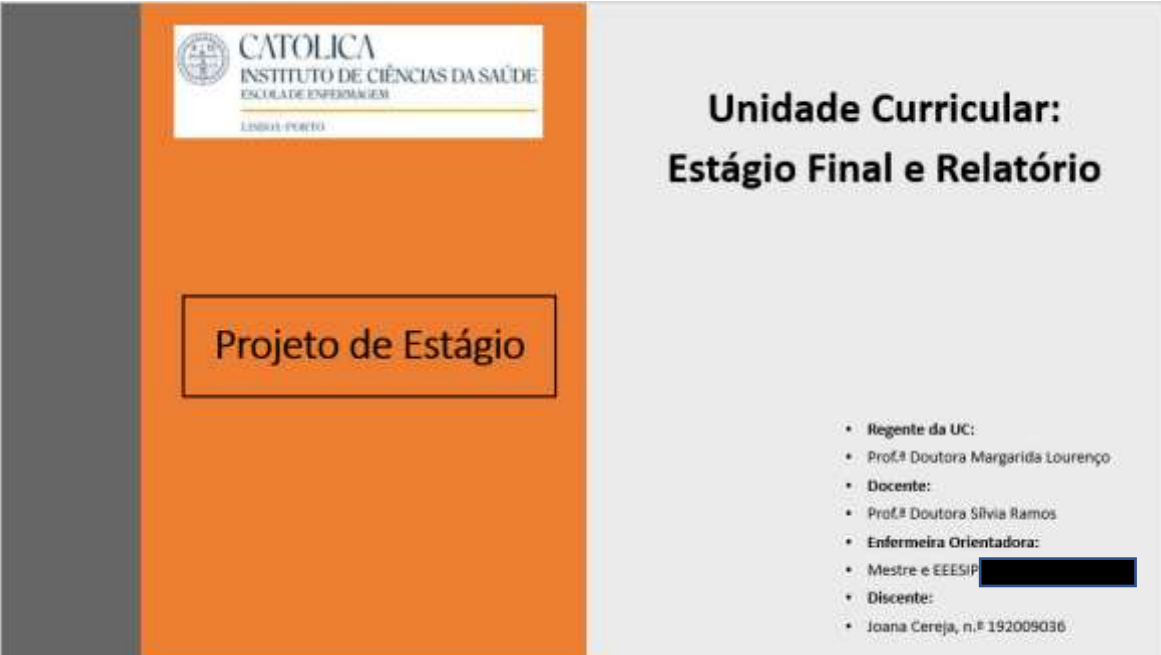
Elaboração de documentação, torna-se primordial a realização de documentação estruturada, com base na evidência científica mais atual em relação aos cuidados à criança com estomas urinários não continentes e família, pois estes serão a base das intervenções de enfermagem na prestação de cuidados de qualidade e segurança à criança e família, devendo estas ser adaptadas às necessidades particulares de cada um;

Atualização de conhecimentos e habilidades, é essencial capacitar e empoderar a equipa de enfermagem com conhecimentos, habilidades e recursos essenciais ao cuidado da criança com ostomia urinária não continente e família para que, durante a prestação de cuidados, eles próprios possam capacitar os pais nesses cuidados;

Otimização de dispositivos disponíveis, se não se proporcionar os recursos materiais essenciais e necessários aos cuidados à criança com ostomia urinária não continente, fica comprometida a segurança e qualidade dos cuidados prestados;

Materiais de ensino/instrução para os pais, devem ser um instrumento orientador quando surgem dúvidas ou alterações, estabelecendo vias de comunicação com a equipa, facilitando assim a transição para o domicílio de forma segura, com um empoderamento efetivo dos pais/cuidadores.

Apêndice XXXI – Sessão de apresentação do projeto de estágio no serviço de Cirurgia Pediátrica e Queimados

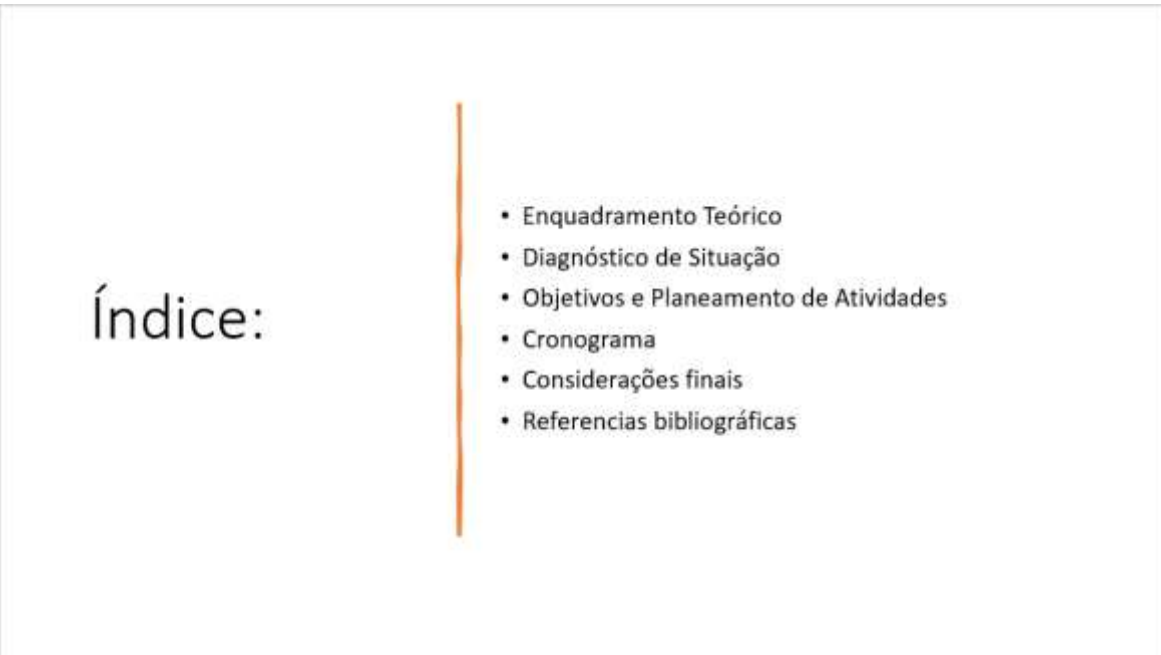


CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA - PORTO

Projeto de Estágio

**Unidade Curricular:
Estágio Final e Relatório**

- **Regente da UC:**
- Prof.ª Doutora Margarida Lourenço
- **Docente:**
- Prof.ª Doutora Sílvia Ramos
- **Enfermeira Orientadora:**
- Mestre e EESIP [REDACTED]
- **Discente:**
- Joana Cereja, n.º 192009036



Índice:

- Enquadramento Teórico
- Diagnóstico de Situação
- Objetivos e Planeamento de Atividades
- Cronograma
- Considerações finais
- Referencias bibliográficas

Enquadramento Teórico

- **Conceito de Cuidados Centrados na Família**
- Premissa de que as famílias e os profissionais de saúde são parceiros nos cuidados à criança, promovendo o seu desenvolvimento e bem-estar (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).
- **Referencial teórico: "O processo de empoderamento nas mães de crianças com doenças crónicas" (Gibson, 1995).**
- Descreve o processo de empoderamento em quatro fases, interdependentes e sobrepostas, sendo descritas como: **precondição, processo, resultados e consequências.**
- Este referencial teórico permite-nos na prática:
 - ✓ Compreender em qual das fases de empoderamento se encontra a mãe/cuidador;
 - ✓ Intervir respeitando a individualidade de cada um, facilitando a transição para a fase seguinte;
 - ✓ Tornar a mãe/cuidador parceiros no cuidar, empoderando-os para que sejam os gestores dos cuidados.

Enquadramento Teórico



Enquadramento Teórico

Evidência científica:

Norma da DGS "Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Eliminação Urinária em Idade Pediátrica e no Adulto" (2017);

Guia de Atención Integral al niño ostomizado (Batalla et al, 2018);

Caring for Children that Require Ostomy Care in a Community Program – Unified Referral and Intake System (URIS) (Rutledge et al, 2017).

Acompanhamento desde o diagnóstico;

Pós-operatório, com cuidados específicos na prevenção de complicações, bem como a sua rápida resolução;

Capacitação dos pais/cuidadores, de forma estruturada com vista à transição segura para o domicílio.

Análise das Necessidades de Melhoria dos Cuidados de Enfermagem à Criança com Ostomia de Eliminação Urinária e Família

INTERNA
(Organização)

• Equipa com forte relação terapêutica com Criança/família;
• Equipa com Enf. Responsável (método individual);
• Existência de Grupo de trabalho no serviço;
• Existência de documentos orientadores de cuidados;
• Equipa jovem.

FORÇAS

FRACQUEZAS

• Inexistência de documento de ensino/instrução para os pais;
• Inexistência de dispositivos adequados;
• Falta de conhecimento e atualização na área;
• Desatualização dos documentos orientadores;
• Grupo de trabalho só com 2 elementos.

EXTERNA
(Ambiente)

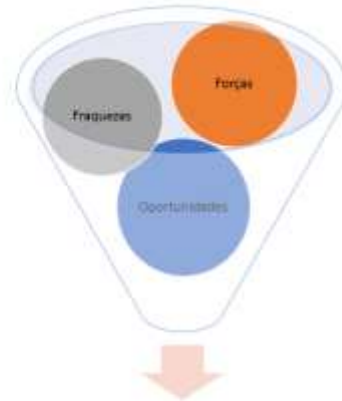
• Existência de formação específica na área
• Levantamento das restrições devido à pandemia COVID19
• Legislação que comparticipa os dispositivos de ostomia a 100%;
• Legislação que Acredita Competências em Estomaterapia aos Entf.;

OPORTUNIDADES

AMEAÇAS

• Grande rotatividade da equipa;
• Deterioração das condições de trabalho;
• Falta de reconhecimento e valorização da equipa.

Necessidades Identificadas



Atualização de documentação;
Atualização de conhecimentos e habilidades;
Materiais de ensino/instrução para os pais.

Objetivos e Planeamento de Atividades

Como **objetivo geral**:

- Desenvolver competências enquanto EEESIP na prestação de cuidados especializados à Criança/família em contexto de serviço de Cirurgia Pediátrica/Queimados, com enfoque no capacitar os pais de crianças ostomizadas para a autonomia do papel parental.

Objetivo I: Prestar cuidados especializados de enfermagem em resposta às necessidades da criança com ostomia de eliminação e família, promovendo o papel parental.

| Atividades | Recursos | Avaliação |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação à equipa sobre a temática do projeto de estágio; • Realização de pesquisa acerca dos cuidados centrados na família e parceria de cuidados no contexto de internamento de cirurgia pediátrica; • Mobilização de conhecimentos teóricos para a prática de cuidados à criança/família; • Estabelecimento de uma relação terapêutica com a criança/família; • Melhoria da capacidade para uma comunicação eficaz com a criança/família. | <p>Recursos Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermeira orientadora e restante equipa de enfermagem; • Grupo de trabalho do serviço • Crianças e pais. <hr/> <p>Recursos Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fontes de busca científica; • Computador; • Manequim; • Dispositivos de ostomia • Telemóvel – fotografar e edição de imagens. | <ul style="list-style-type: none"> • Demonstra conhecimento técnico-científico acerca das intervenções de enfermagem na prestação de cuidados à criança/família; • Comunica de forma adequada com fundamento científico no seu raciocínio; • Mobiliza recursos de saúde adequados à criança/família; • Utiliza instrumentos adequados para a avaliação do Guia prático; • Elabora reflexões decorrentes da participação nas atividades. |

Objetivo I: Prestar cuidados especializados de enfermagem em resposta às necessidades da criança com ostomia de eliminação e família, promovendo o papel parental.

| Atividades | Recursos | Avaliação |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Valorização do papel parental e reconhecimento dos pais como principais cuidadores da criança; • Elaboração de um Guia prático com imagens e informação científica válida, acerca dos cuidados básicos à ostomia de eliminação urinária não continente, promovendo a autonomia do papel parental. • Elaboração de vídeo exemplificativo para as crianças em idade escolar – “Tenho uma Urostomia e agora?” | <p>Recursos Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermeira orientadora e restante equipa de enfermagem; • Grupo de trabalho do serviço • Crianças e pais. <hr/> <p>Recursos Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fontes de busca científica; • Computador; • Manequim; • Dispositivos de ostomia • Telemóvel – fotografar e edição de imagens. | <ul style="list-style-type: none"> • Demonstra conhecimento técnico-científico acerca das intervenções de enfermagem na prestação de cuidados à criança/família; • Comunica de forma adequada com fundamento científico no seu raciocínio; • Mobiliza recursos de saúde adequados à criança/família; • Utiliza instrumentos adequados para a avaliação do Guia prático; • Elabora reflexões decorrentes da participação nas atividades. |

Guia Prático para os pais/cuidadores

O meu filho tem uma Urostomia e agora? Guia Prático para os pais/cuidadores



Novembro de 2023

Índice

| | |
|--|----|
| Introdução | 0 |
| É isso é uma urostomia? | 1 |
| Que cuidados é que existem e como fazê-los? | 1 |
| Qual o momento mais adequado para fazer a limpeza? | 2 |
| Como escolher o sapatilha? | 3 |
| Como limpar a pele e a urostomia? | 3 |
| Como escolher a pasta? | 12 |
| Que coladura é boa para a pele? | 17 |
| Como colar a sapatilha? | 18 |
| Como descolar a sapatilha? | 20 |
| É possível a nadar? | 22 |
| É bom fazer exercício se tem a Urostomia? | 22 |
| Quem é melhor para fazer a limpeza? | 24 |
| Quem é melhor para ir à escola? | 25 |
| Como obter o material necessário? | 26 |
| Medicinas | 27 |
| Como evitamos doenças? | 28 |
| Referências Bibliográficas | 28 |



É durante a noite?

Quando a noite chega aplicar um saco coletor com maior capacidade de recolha de urina.



Vídeo exemplificativo para crianças em idade escolar



Objetivo II: Contribuir para a uniformização das práticas com vista à melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem à criança com ostomia de eliminação urinária e família.

| Atividades | Recursos | Avaliação |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Realização de pesquisa bibliográfica acerca dos cuidados à criança com ostomia de eliminação urinária e família; Elaboração de uma norma "Cuidados básicos à criança com ostomias de eliminação urinárias não continentas" Elaboração de checklist das intervenções de enfermagem para a capacitação parental dos pais/cuidadores da criança com ostomias de eliminação urinárias não continentas; Realização de uma sessão de formação aos enfermeiros do serviço de Cirurgia Pediátrica/Queimados. | <p>Recursos Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Enfermeira orientadora e restante equipa de enfermagem. Grupo de trabalho do serviço. <hr/> <p>Recursos Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> Fontes de busca científica; Computador; Internet; Manequim; Dispositivos de ostomia Telemóvel – fotografar e edição de imagens | <ul style="list-style-type: none"> Demonstra conhecimento técnico-científico acerca da temática; Comunica de forma adequada com fundamentação científica; Utiliza instrumentos adequados para a avaliação da norma, checklist e sessão de formação; Regista as reflexões decorrentes da participação nas atividades. |

Cronograma

Visando o cumprimento dos objetivos e respetivas atividades delineados, foi elaborado o seguinte cronograma a desenvolver ao longo do ensino clínico

| | 1ª semana | 2ª semana | 3ª semana | 4ª semana | 5ª semana |
|--------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Objetivo I | | X | X | X | X |
| Objetivo II | | | X | X | X |

Considerações finais

- Pretendo com estes objetivos:
- Desenvolver e aprofundar competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em ESIP
- Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados no contexto de estágio
- Sendo este um projeto, está sempre sujeito a alterações mediante as circunstâncias do contexto.

Referências bibliográficas

- Batalla, M., González, M., Valero, C., Cano, A., Moreno, A., Muñoz, E. & Cardona, A. (2019). Guia de Atención Integral al niño ostomizado. Edição Coloplast Productos Médicos, S.A., Puntos de Encuentro de Ostomía. Recuperado de https://elrincondelaostomia.es/wp-content/uploads/2019/01/Gu%C3%ADa_Pedi%C3%A1trica_atencion_al_ni%C3%81o_ostomizado.pdf
- DGS (2017). Norma n.º 012/2016 de 28/10/2016 atualizada a 03/03/2017. Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Eliminação Urinária em Idade Pediátrica e no Adulto. Departamento da Qualidade na Saúde.
- Ferrito, C, Nunes, I & Ruivo M (2010) Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. Percursos, 1-37.
- Gibson, C (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 1201-1210.
- 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.
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Estomaterapia. Regulamento n.º 398/2019 <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11974/1373413740.pdf>
- Ramos A, Barbieri-Figueiredo M (2020) Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem. Lidel – Edições Técnicas
- Rutledge T, Dalke S, Goritz S & Kolbe, K (2017). Caring for Children that Require Ostomy Care in a Community Program. *Unified Referral and Intake System*.



Obrigada pela atenção!



**Apêndice XXXII – Reflexão sobre uma situação de prática clínica:
Serviço de Cirurgia Pediátrica e Queimados**



**Reflexão sobre uma situação de prática clínica:
Serviço de Cirurgia Pediátrica e Queimados**

Regente da UC:

Prof.ª Doutora Margarida Lourenço

Docente:

Prof.ª Doutora Sílvia Ramos

Enfermeira Orientadora:

Mestre e EEESIP [REDACTED]

Discente:

Joana Cereja, n.º 192009036

Lisboa

Dezembro, 2022

Índice

| | |
|-----------------------------------|-----|
| Introdução:..... | 363 |
| Descrição da Situação: | 364 |
| Sentimentos e Pensamentos:..... | 366 |
| Avaliação: | 367 |
| Análise:..... | 367 |
| Conclusão: | 369 |
| Planeamento da Ação: | 370 |
| Referências Bibliográficas: | 373 |

Introdução:

No decorrer do estágio no Serviço de Cirurgia Pediátrica e Queimados, tive a oportunidade de prestar cuidados à criança com ostomia de eliminação intestinal e família.

Decidi descrever uma situação de prática clínica, requereu a mobilização de competências, recursos adequados e gestão de sentimentos, no cuidado à criança com ostomia de eliminação intestinal e família. Este episódio deu-me a oportunidade de estabelecer tanto com a família como com a criança uma relação terapêutica, proporcionando-me o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, dando resposta ao objetivo específico delineado inicialmente – *Prestar cuidados especializados de enfermagem, em resposta às necessidades da criança com ostomia de eliminação e família, promovendo o papel parental*. Apesar de todo o trabalho desenvolvido estar muito centrado na capacitação parental, nesta situação em específico tive como objetivo capacitar a própria criança através do Brinquedo Terapêutico.

Esta reflexão tem por base o Ciclo Reflexivo de Gibbs (1988), estando estruturada da seguinte forma:

Descrição da situação – descrevo detalhadamente, o acompanhamento à criança com ostomia de eliminação intestinal e família;

Sentimentos e pensamentos – revelo as dificuldades e sentimentos que surgiram durante o decorrer da situação crítica;

Avaliação – relato o que correu bem e o que correu menos bem;

Análise – enquadro as Competências do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica na prestação de cuidados à criança com ostomia de eliminação intestinal e família;

Conclusão – enquadro o referencial teórico “O processo de empoderamento nas mães de crianças com doenças crónicas” de Gibson (1995) na prestação de cuidados à criança com ostomia de eliminação intestinal e família;

Planeamento da ação – reavalio a situação prática;

Referências bibliográficas – na fundamentação da reflexão.

Descrição da Situação:

A situação de prática clínica acontece com uma criança de 6 anos, que vou apelidar de M, com diagnóstico de doença de Hirschsprung. Para contextualização do caso importa referir que, no final de outubro de 2022, por complicações por abscesso pélvico, M foi intervencionado tendo sido construída ileostomia em topos separados. A 12 de novembro de 2022 tem novo internamento de seis dias, por quadro de suboclusão intestinal tendo cumprido antibioterapia e posteriormente alta para domicílio. A 21 de novembro de 2022, três dias depois de ter alta, por oclusão intestinal é novamente reintervencionado e reconstruída ileostomia em topos separados.

O meu acompanhamento a esta criança e família inicia-se no décimo dia de internamento, tentando capacitar os pais para os cuidados específicos à ostomia e pele peri-estoma, esclarecendo dúvidas acerca da alimentação e hidratação. Tive o cuidado de explicar sempre duas vezes, uma vez aos pais, numa linguagem mais comum e de seguida explicando novamente ao M numa linguagem mais simples e com exemplos práticos e visuais, para maior compreensão.

Ao longo da prestação de cuidados consegui perceber que M tinha um peluche “fofinho” como objeto de conforto. No décimo quarto dia de internamento, decidi falar isoladamente com a mãe e questionar se considerava pertinente oferecer um peluche, semelhante ao que o M já tinha, mas com um estoma e realizar ensinamentos simulando os mesmos no peluche, o que a mãe considerou muito pertinente, tendo aceite a proposta.

Agilizei as diligências necessárias junto dos representantes de dispositivos com o intuito de encontrar um boneco com um estoma. O representante conseguiu fornecer-me um peluche com um formato muito parecido ao do “fofinho”, com um estoma, que decidi oferecer ao M e usá-lo como Brinquedo Terapêutico.

A situação ocorre então no décimo quarto dia de internamento, no turno da manhã, já com uma relação terapêutica estabelecida com a criança e família:

Entrei no quarto e perguntei ao M se já tinha escrito a carta ao Pai Natal, ao que respondeu que não. Desta forma, confrontei que sem escrever a carta ao Pai Natal este não sabe o

que as crianças querem receber como prenda, e ficou combinado ir escrever. No seguimento da conversa digo que o Pai Natal, apesar de ainda não ter recebido a carta, deixou-me uma prenda muito especial para entregar ao M. Muito entusiasmado perguntou o que era. Entreguei-lhe o peluche com um estoma e dispositivos adequados ao tamanho do peluche para poder simular os cuidados. Os olhos abriram-se de espanto e alegria. “*Um boneco como eu!*” – Exclamou. A mãe sempre presente também verbalizou bastante contentamento.

O M quis logo começar a aplicar os dispositivos no peluche.

Com muita calma, fui explicando passo-a-passo os procedimentos todos, tal e qual como seria se fosse com o próprio. Sempre muito atento, foi dando sugestões acerca do recorte da placa, até esta estar bem ajustada ao estoma do peluche. Aplicou com autonomia a placa e depois o saco com algum apoio, no peluche, sempre de forma correta. Tanto eu como a mãe, fizemos grandes elogios à forma como tinha conseguido aplicar os dispositivos todos corretamente e como tinha conseguido perceber se o recorte estava bem feito ou se precisava de mais ajustes.

Curiosamente neste ensino, que pretendi que fosse uma simulação mais próxima do real para esclarecimentos de dúvidas da criança e a sua capacitação, consegui também clarificar com a mãe pequenos pormenores, que podem fazer uma grande diferença na mudança dos dispositivos, nomeadamente o alisar as arestas após o recorte da placa, aquecer a placa por fricção nas mãos antes de aplicar e explicar a razão. Acabei por perceber que esta mãe no fundo, mantém um sentimento de culpa pelo reinternamento de M, pelo que tentei esclarecer que existem complicações que não se conseguem prever, como é o caso de oclusão por alterações estruturais do próprio intestino, mas que outras podem ser controladas com os cuidados adequados, o que já demonstra ser capaz de fazer.

No final, deixei mais alguns dispositivos extra para o M com os pais, para estes irem treinando no peluche e saí do quarto.

Ao longo do turno, fui prestando outros cuidados, tais como: avaliação de sinais vitais, monitorização da dor, validação da conformidade de todas as perfusões em curso e a correta rotulagem de identificação, preparação e administração de antibioterapia, vigilância da ingestão alimentar e hídrica, bem como a vigilância da eliminação intestinal e

urinária, e monitorização do balanço hídrico, por forma a reduzir erros e riscos desnecessários e antecipar sinais de alerta.

No final do turno a irmã mais velha de M foi visitá-lo. Qual não foi o meu espanto quando entrei no quarto para monitorizar as perfusões e estava o M muito compenetrado a explicar à irmã como é que se fazia a troca da placa e do saco, exemplificando no peluche.

No dia seguinte durante a passagem de turno, a colega referiu que o M lhe tinha explicado como é que se prestava os cuidados no seu peluche e que tinha sido uma ótima ideia, pelo que resolvi proporcionar à equipa um peluche igual ao de M para poderem realizar o mesmo tipo de ensinios às crianças com estomas.

Sentimentos e Pensamentos:

Apesar de ter já ter conseguido estabelecer uma relação terapêutica prévia com esta criança e família, tive algum receio e ansiedade de que tanto os pais como a criança não fossem recetivos à ideia do peluche com um estoma, pelo que foi necessário gerir as minhas emoções, nomeadamente durante a abordagem inicial com a mãe e depois com a própria criança.

Durante o ensino à criança e à mãe senti nervosismo, ansiedade, não me queria esquecer ou enganar nos ensinios, porque sabia que isso iria ter impacto tanto na aprendizagem como na confiança nos meus cuidados.

Por último, senti uma satisfação imensa, um sentimento de realização, quando vi a própria criança a explicar à irmã mais velha, os cuidados passo-a-passo exemplificando-os no peluche.

Avaliação:

Analisando a situação ao pormenor, considero que a intervenção de enfermagem foi o mais adequada possível, conseguindo mobilizar recursos adaptados à idade da criança e gerindo as emoções de forma a não interferirem no ensino, permitindo que a criança e a mãe verbalizassem as suas dúvidas e partilhassem os conhecimentos já adquiridos.

O ensino teve por base a norma de DGS (2017), "*Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Eliminação Intestinal em Idade Pediátrica e no Adulto*", *Guidelines internacionais* (Batalla et al., 2019; Forest-Lalande et al., 2018; Stetzer, 2021; WOCN®, 2011) e os conhecidos benefícios do brinquedo terapêutico, tais como melhor gestão da dor e da ansiedade da criança diante de procedimentos stressantes e dolorosos; melhor controlo sobre as suas emoções e colaboração nos procedimentos aos quais vai ser submetida, resultando na aceitação e adaptação da criança à situação e ainda resultados positivos com a família (Aranha et al., 2020).

Ainda assim, considero que poderia ter previamente estruturado este Brinquedo Terapêutico, com vista a maiores ganhos de capacitação da criança e família.

Análise:

Na prestação de cuidados à criança com ostomia de eliminação intestinal e família, foram mobilizadas várias competências do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A competência assiste a criança com a família, na maximização da sua saúde foi amplamente desenvolvida através da implementação, em parceria com os pais, de um plano de cuidados promotor da parentalidade (E1.1.), negociando a participação da criança no processo de cuidar, rumo à independência (E1.1.1.). A comunicação estabelecida foi eficaz (E1.1.2.), utilizando estratégias motivadoras para a participação na simulação dos cuidados no peluche (E1.1.3.), proporcionando conhecimentos e aprendizagens de habilidades especializadas e individuais à criança e aos pais, facilitando o desenvolvimento

de competências para a gestão dos cuidados (E1.1.4). Procurei também e de forma sistemática oportunidades para trabalhar com a criança e com os pais no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde (E1.1.5.), facilitando a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e vigilância na criança, no que diz respeito a sinais de desidratação, e a necessidade de aumentar a ingestão hídrica quando existe um aumento do funcionamento da ileostomia (E1.2.8.).

A competência, *cuida da criança e família nas situações de especial complexidade* foi desenvolvida nesta situação, permitindo mobilizar conhecimentos e habilidades para a prestação de cuidados específicos à criança com ileostomia, com vista à majoração de ganhos em saúde (E2.4.). Nesta atuação, demonstrei conhecimentos e habilidades relacionados com o brincar terapêutico (E2.4.2.), tendo por base evidência científica acerca dos benefícios desta intervenção (2.4.3.) na capacitação da criança em idade escolar (2.5.2.). No estabelecimento com a criança e família de uma relação dinâmica (E.2.5.3), adequou-se o suporte às necessidades da criança e dos pais (E2.5.4.).

A competência, *presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança*, também foi mobilizada, demonstrando conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança e pais (E3.3.1), no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura (E3.3.2), facilitando a comunicação expressiva de emoções (E3.4.1.).

Através da simulação e negociação do envolvimento da criança e dos pais na prestação de cuidados (E3.2.6.), foram transmitidas orientações antecipatórias (E3.1.3), com vista ao desenvolvimento e capacitação da criança.

Durante a intervenção de brincar terapêutico foi demonstrado conhecimento sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança e família (E3.3.1.), demonstrando habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança (E3.3.3.), facilitando a comunicação expressiva de emoções (E3.4.1.), promovendo a autoestima (E3.4.) reforçando a imagem corporal positiva (E3.4.2.) através do uso de um boneco com um estoma, representando este a imagem da própria criança.

Conclusão:

O referencial teórico do processo de empoderamento descrito por Cheryl Gibson, “O processo de empoderamento nas mães de crianças com doenças crônicas” (Gibson, 1995), pode ser incluído na análise desta situação.

Este referencial teórico, descreve o processo de empoderamento em quatro fases, interdependentes e sobrepostas, sendo descritas como: pré-condição, processo, resultados e consequências.

A primeira fase denominada de “pré-condição”, a vinculação, o amor, o comprometimento e a responsabilidade pela criança, motivam e sustentam o processo de empoderamento.

A segunda fase designada de “processo”, é composta por quatro componentes: a descoberta da realidade, na qual as mães procuram informações acerca do estado de saúde do seu filho e assumem a responsabilidade sobre o cuidado; reflexão crítica, as mães refletem acerca da realidade e realizam mudanças nas suas vidas, desenvolvem uma sensação de poder pessoal adquirindo confiança nos seus conhecimentos para enfrentar a situação; assumir o controle, as mães advogam a favor do filho, interagem com os profissionais de saúde e são firmes nos cuidados com vista às necessidades do seu filho ; assegurar, as mães confiam nas suas competências e capacidades, mantendo a sensação de poder mesmo durante as mudanças de circunstâncias.

Em todo este processo, existe a frustração. Este fator é uma força poderosa que leva as mães a descobrir a realidade, a refletir sobre a situação e a atuar com vista à mudança, mantendo a sensação de poder pessoal. É descrito que nesta fase existem fatores influenciadores intrapessoais, como a experiência, a determinação, crenças, valores e suporte social.

A terceira fase intitulada de “resultado”, as mães participam ativamente nos cuidados, pois estão capacitadas e empoderadas.

A quarta fase apelidada de “consequência”, as mães adquirem novas competências mediante a vivência de todas as fases do processo de empoderamento.

Este referencial teórico, permite-nos na prática compreender em qual das fases de empoderamento se encontram os pais, tendo em conta a individualidade de cada um, para

que possamos intervir e facilitar a transição para a fase seguinte, tornando-os parceiros no cuidar para depois permitir que sejam os pais os gestores dos cuidados ao seu filho.

Neste sentido, e analisando a situação à luz deste referencial teórico, podemos afirmar que esta mãe se encontra entre a segunda fase designada de “processo” e a terceira fase de “resultado”. Esta mãe já esteve previamente em casa, prestando cuidados com autonomia à sua criança. Contudo, apesar de a mãe participar ativamente nos cuidados e estar capacitada, ainda demonstrava dúvidas e receios, que são legítimos tendo em conta o reinternamento. A frustração perante a situação de reinternamento levou precisamente ao sentimento de culpa e ao medo de não ter capacidade para gerir os cuidados básicos, bem como as complicações que possam surgir.

Conseguiu-se com o brincar terapêutico não só capacitar a criança, mas desmistificar com a mãe alguns receios e esclarecer a importância da prevenção e deteção atempada de algumas complicações. Neste sentido, procurou-se a consolidação da mãe na terceira fase “resultado”, pois esta já estava capacitada e empoderada na prestação de cuidados à sua criança, necessitando apenas de reforço para a sua autoconfiança.

Planeamento da Ação:

Após reflexão acerca da situação descrita, e realizada pesquisa de evidência científica acerca da temática, concluí que poderia ter tido uma abordagem diferente, mais estruturada.

O brincar em idade pediátrica é um direito fundamental e essencial ao desenvolvimento infantil, aquisição de competências sociais e até autorregulação. Este direito está consagrado no artigo 31.º da *Convenção sobre os Direitos da Criança* (2019) reconhecendo “à criança o direito ao repouso e aos tempos livres, o direito de participar em jogos e actividades recreativas próprias da sua idade e de participar livremente na vida cultural e artística.” Também, no Artigo 7.º da *Carta da Criança Hospitalizada* este direito é reconhecido:

“O Hospital deve oferecer às crianças um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afectivas e educativas, quer no aspecto do equipamento, quer no do pessoal e da segurança.”

Os momentos de brincar, de recreio e de educação devem:

- *ter disponível material de jogo apropriado;*
- *ser assegurados todos os dias da semana;*
- *contemplar todos os grupos etários internados no serviço;*
- *estimular a criatividade em todas as crianças;*
- *permitir a continuação dos estudos no nível de educação já atingido.”*

(IAC,2009).

Durante a hospitalização da criança em idade escolar, o brincar é uma constante, embora aconteça de forma lúdica e pouco estruturada, permitindo à criança que explore o meio e liberte os seus sentimentos e emoções, permitindo a sua catarse (Silva et al., 2019).

No que diz respeito ao cuidado à criança hospitalizada, o Brincar Terapêutico pode ser dividido tal como refere Aranha et al. (2020) em:

- Brinquedo terapêutico – como estratégia com vista à mudança de comportamento da criança;

As crianças que foram submetidas à técnica de Brinquedo terapêutico colaboraram mais durante o procedimento, verbalizando as suas dúvidas e mantendo uma postura relaxada, tal como aconteceu com M.

- Brinquedo terapêutico – como recurso para a compreensão dos procedimentos pela criança;

A criança ao ter a oportunidade de manipular os dispositivos, tem maior compreensão acerca dos procedimentos que irão ser realizados em si mesma.

- Brinquedo terapêutico – como intervenção de enfermagem à criança.

O Brinquedo Terapêutico no que diz respeito ao contexto da criança com ostomia e família, independentemente do tipo de ostomia, revela-se um instrumento importante, favorecendo a comunicação entre a equipa de enfermagem a criança e a sua família, permitindo desta forma, direcionar as intervenções de enfermagem na promoção da adesão ao regime terapêutico, prevenção de complicações, aceitação do estado de saúde e autocuidado (Gonçalves, 2018).

O Brinquedo Terapêutico é também referido como um instrumento que facilita a desmistificação do estoma, dos dispositivos e dos procedimentos que ela exige. A realização de um estoma deve ser entendida tanto pela criança, como pela família, como algo positivo. Ao permitir a sobrevivência desta, dá-lhe a oportunidade de readaptar-se e manter o seu desenvolvimento físico, psicológico, social, cultural e espiritual. Este entendimento da realidade pela criança e pela sua família, permite que o cuidado de enfermagem seja prestado de forma qualificado e humanizado com recurso ao Brinquedo Terapêutico (Gonçalves, 2018).

Após ter verificado que o Brinquedo Terapêutico tem efetivamente um efeito imediato, na compreensão e manipulação dos dispositivos e cuidados básicos ao estoma e pele peri-estoma, considereei que seria fundamental deixar este recurso tão importante no cuidado à criança com estoma de eliminação, à equipa de enfermagem, o que foi conseguido.

Ainda assim, e refletindo acerca da situação crítica, julgo que a elaboração de uma *checklist* acerca dos ensinios à criança, poderá facilitar a continuidade dos mesmos.

Na elaboração desta *checklist* a equipa deverá ter em conta não só as indicações de intervenção nacionais e internacionais, com vista à capacitação da criança em idade escolar, mas também um conhecimento mais profundo acerca do processo de uma sessão de Brinquedo Terapêutico.

Segundo Santos et al. (2020) o processo de uma sessão de Brinquedo Terapêutico desencadeia-se em quatro etapas distintas:

“*Estabelecendo vínculo*” – inicia-se com a apresentação e com o convite para iniciar o brincar terapêutico;

“*Explorando*” – nesta etapa a criança explora não só o brinquedo, mas também o ambiente e as pessoas presentes durante a sessão, por meio da observação, do manuseamento e verbalização;

“*Dramatizando*” – nesta etapa a criança realiza a sua dramatização, levando à catarse;

“*Parando de brincar*” – nesta etapa a criança é avisada que a sessão está a chegar ao fim e é a própria a terminar a sessão em concordância com a equipa de enfermagem.

O Brinquedo Terapêutico apesar de fundamental na criança hospitalizada não é contemplado na formação dos enfermeiros, levando desta forma à sua diminuta implementação. Ainda assim, é da responsabilidade da equipa de enfermagem reconhecer a necessidade e o benefício do Brinquedo Terapêutico e elaborar/mobilizar recursos para a sua implementação sistemática no cuidado à criança hospitalizada (Aranha et al., 2020).

Conhecer o processo de uma sessão de Brinquedo Terapêutico e estruturá-la em formato de *checklist* irá permitir à equipa planear uma intervenção de enfermagem estruturada de forma segura, com vista à continuidade de cuidados, e respeitando a individualidade de cada criança.

Referências Bibliográficas:

Aranha, B., Souza, M., Pedroso, G., Maia, E. & Melo, L. (2020). Utilizando o brinquedo terapêutico instrucional durante a admissão de crianças no hospital: percepção da família. Revista Gaúcha de Enfermagem. Doi <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20180413>

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%20Pedi%C3%A1trica%20atencion%20al%20ni%C3%B1o%20ostomizado.pdf>

DGS (2017). Norma n.º 015/2016 de 28/10/2016 atualizada a 03/03/2017. Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Eliminação Intestinal em Idade Pediátrica e no Adulto. Departamento da Qualidade na Saúde.

Gibbs, G. (1988) *Learning by doing: A guide to teaching and learning methods*. Further Educational Unit, Oxford Polytechnic, Oxford.

Gibson, C (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 1201-1210.

Gonçalves, A. (2018). *O Brinquedo Terapêutico como Instrumento de Intervenção da Enfermagem na Assistência à Criança com Estomia: uma Revisão Sistemática*. Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem pelo programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

IAC (2009). *Anotações Carta da Criança Hospitalizada*. 2ª Edição.

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Cadernos da OE, Série I, n.º 8.

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.

Santos, V., Almeida, F., Ceribelli, C. & Ribeiro, C. (2020). Understanding the dramatic therapeutic play session: a contribution to pediatric nursing. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(4), e20180812. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0812>

Silva, M., Ferraz, L., Farias, M., Januário, J., Vieira, A., Moreira, R., & Lúcio, I. (2019). The use of play in the pediatric hospitalization scenario. *Revista de Enfermagem UFPE on Line*, 13. <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.238585>

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

UNICEF (2019). Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos. Depósito Legal n.º 462471/19.

WOCN® (2011). Pediatric Ostomy Care Best Practice For Clinicians.

Apêndice XXXIII – Prestação de cuidados à criança com ostomia de eliminação intestinal e família no serviço de Cirurgia Pediátrica e Queimados

Prestação de cuidados à criança com ostomia de eliminação intestinal e família no serviço de Cirurgia Pediátrica e Queimados.

O facto de ter realizado todos os estágios na mesma instituição deu-me a oportunidade de acompanhar uma criança (18 meses de idade) com ostomia de eliminação intestinal e família, desde o seu internamento na UCIP, em contexto de urgência (Volvo intestinal) e depois no Serviço de Cirurgia Pediátrica e Queimados até à alta.

Ainda na UCIP, tendo prestado cuidados a esta criança e mãe, fui realizando ensinamentos à mãe acerca do que era um estoma, como é que funcionava, que tipo de sensibilidade tinha e que dispositivos existem para o seu cuidado. Nesse contexto a criança estava sedada e ventilada, com ostomia não funcionante, pelo que não foi possível realizar mais ensinamentos acerca dos cuidados específicos à ostomia e pele peri-estoma. No final do estágio despedi-me desta mãe e disse que iria para outro serviço e quem sabe se não nos voltaríamos a encontrar.

Quando a criança foi transferida para o serviço de Cirurgia Pediátrica e Queimados, eu já me encontrava no serviço, a mãe reconheceu-me logo e passei a ser um elo de ligação entre a mãe (pouco comunicativa e fechada), e a equipa, visto já ter estabelecido uma relação terapêutica anterior.

A abordagem a esta mãe passou por intervir na sua capacitação. Percebi que o mais importante para esta mãe seria, voltar a sentir que é capaz de cuidar do seu filho, independentemente do facto de agora ter uma ostomia intestinal. Nesse sentido, realizei ensino, instrução e treino, acerca dos cuidados básicos, dos dispositivos, como fazer o molde do estoma, como recortar a placa, como aplicar, como despejar o saco. Foram ainda esclarecidas dúvidas acerca de que alimentos poderia ingerir e quais os seus efeitos no tipo de fezes, que roupinha poderia facilitar as atividades da criança, como dar banho e que cuidados a ter, quais os sinais de alerta e como atuar. Entreguei um *Kit* de alta elaborado por mim, à semelhança do que já tinha desenvolvido no estágio de UCIN, e expliquei a necessidade de este *kit* acompanhar a criança sempre que sai de casa, para estar

prevenida para qualquer eventualidade. Como a avó seria a segunda cuidadora, tentou-se capacitar também esta, no sentido de conseguir prestar os cuidados básicos. Foram ainda feitos ensinamentos acerca da aquisição dos materiais e da sua prescrição. No momento da alta, foi gratificante sentir que todo o acompanhamento a esta criança e família tinha tido um impacto tão positivo, mas fiquei apreensiva com o facto de não existir na instituição uma consulta de enfermagem de estomaterapia onde a mãe pudesse recorrer.

Este acompanhamento deu-me a oportunidade de aprofundar competências específicas do EEESIP (Ordem dos Enfermeiros, 2018), especialmente no que diz respeito ao *assiste a criança com a família, na maximização da sua saúde*. Desde a UCIP que procurei a oportunidade para trabalhar com esta mãe (E1.1.5), comunicando de forma apropriada (E1.1.2) e proporcionando conhecimentos específicos acerca da ostomia de eliminação (E1.1.4) do seu filho. A sua transição para o serviço de Cirurgia Pediátrica e Queimados levou ao aprofundamento destas competências conseguindo negociar com a mãe a participação nos cuidados, rumo à sua independência (E1.1.1), utilizando estratégias motivadoras para a assunção do seu papel de mãe (E1.1.3). Para isso, consegui proporcionar conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais no cuidado ao seu filho e à ostomia de eliminação, facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos cuidados ao seu filho (E1.1.4). Consegui ainda mobilizar recursos como o *kit* de alta para que esta mãe pudesse realizar uma transição mais tranquila e segura para casa.

Apêndice XXXIV – Guia prático para os pais/cuidadores: O meu filho tem uma Urostomia e agora?

O meu filho tem uma Urostomia e agora?

Guia Prático para os pais/cuidadores



Fonte: Banco de imagens da Microsoft 365

Novembro de 2022

Índice

| | |
|--|----|
| Introdução | 2 |
| O que é uma urostomia? | 2 |
| Que saquinhos é que existem e como funcionam? | 4 |
| Qual o material necessário? | 6 |
| Qual o momento mais adequado para trocar o saquinho? | 8 |
| Como remover o saquinho? | 10 |
| Como limpar a pele e o estoma? | 11 |
| Como recortar a placa? | 15 |
| Que cuidados a ter com a pele? | 16 |
| Como colocar o saquinho? | 18 |
| Como despejar o saquinho? | 21 |
| E durante a noite? | 22 |
| O que devo vestir ao meu filho(a)? | 23 |
| O meu filho(a) pode fazer desporto? | 24 |
| O meu filho(a) pode ir à escola? | 24 |
| Como obter o material necessário? | 25 |
| Glossário | 26 |
| Como esclarecer dúvidas? | 27 |
| Referências Bibliográficas | 28 |

1

Introdução

Este guia serve para que, em caso de dúvidas acerca da troca do saquinho de ostomia do seu filho(a), tenha um instrumento que o possa ajudar.

É um guia prático, com imagens exemplificativas passo-a-passo, de como cuidar do seu filho(a).

O que é uma urostomia?

As urostomias podem ser cutâneas ou ureteroenterocutâneas.

As urostomias cutâneas têm nomes distintos, consoante o local do aparelho urinário onde se constroem:

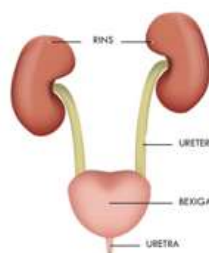
Nefrostomia (comunicação do rim com a pele);

Ureterostomia (comunicação do ureter com a pele);

Vesicostomia (comunicação da bexiga com a pele).

2

Figura 1 - Sistema Urinário



Nas ureteroenterocutâneas, uma parte do intestino é utilizada para criar um novo reservatório urinário, onde se incorporam os ureteres, que se chama conduto ileal (DGS, 2017).

Figura 2 - Conduto ileal - Urostomia



3

Em qualquer destas urostomias não continentes, ou seja, que estão constantemente a drenar urina, está indicado o uso de dispositivos (saquinhos) que permitem a recolha da urina, para:

- proteger a pele da criança da agressão pela urina;
- controlar o odor;
- contribuir para maior autonomia;
- promover maior conforto;
- melhorar a autoimagem e autoestima.

(Batalla et al, 2019)

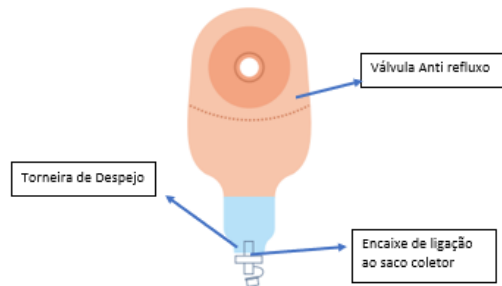
Que saquinhos é que existem e como funcionam?

Os saquinhos para as urostomias têm características especiais:

São completamente impermeáveis;

4

Figura 3 - Exemplo de um saco de urostomia



Têm no seu interior uma válvula antirrefluxo – o que impede a urina de voltar para cima do estoma;

Têm uma saída com torneira – que permite despejar com facilidade a urina;

A saída com torneira permite adaptar um saco coletor para que a criança durante a noite possa ter um sono tranquilo sem ter que esvaziar o saquinho.

5

Os pais podem escolher o tipo de saquinho:

Uma peça:

A placa e o saco estão juntos, integrados no mesmo sistema.

Figura 4 - Exemplo de Saco de uma peça



Dois peças:

Constituída por placa (que está separada do saco) + saco.

O encaixe pode ser:

- adesivo, em que o saco cola na placa;
- mecânico, em que o saco encaixa na placa.

Figura 5 - Exemplo de Placa + Saco



Qual o material necessário?

Antes de mudar o saquinho (1 peça) ou a placa e saquinho (2 peças), reúna todo o material que poderá necessitar:

6

- ✓ Tesoura de pontas curvas
- ✓ Água morna (37°C)
- ✓ Compressas suaves (tecido não tecido) ou papel higiénico (macio)
- ✓ Molde
- ✓ Pacote de compressas esterilizadas
- ✓ Placa + saquinho (se for dispositivo de 2 peças)
- ✓ Saquinho (se for dispositivo de 1 peça)
- ✓ Saco coletor (para usar à noite)
- ✓ Outros acessórios que já use como pó cicatrizante, anel moldável, protetor cutâneo, etc.

Figura 6 - Exemplo do material necessário



Programa a troca do saquinho com antecedência. Não corra o risco de ter que interromper a mudança do saquinho.

7

Qual o momento mais adequado para trocar o saquinho?

A troca do saquinho deve ser realizada sempre que necessário, mas de preferência durante o banho.

A água morna do banho facilita a remoção do saquinho e permite que a pele descanse.

Tenha em atenção, não use soluções oleosas na altura do banho, pode dificultar a aplicação da placa.

No final seque muito bem a pele ou o saquinho.

Crie um espaço com temperatura agradável (cerca de 20°C) para manter o seu filho(a) confortável.

Se tiver alguém que possa ajudar enquanto muda o saquinho será mais fácil!

Se não tiver ajuda de outra pessoa para o segurar, e se for bebé, use um lençol ou fralda de pano para o aconchegar enquanto muda o saquinho.

8

Se o seu filho(a) usa chucha ofereça-a para o manter calmo.

Use música ambiente (mobile, caixinha de música, etc.) para distrair o seu filho(a) enquanto troca o saquinho!

Em alternativa, fale com o seu filho(a) tranquilamente, explicando tudo o que está a fazer, dessa forma consegue estimular a interação e o desenvolvimento!

Se o seu filho(a) conseguir pode ir ajudando, por exemplo dando-lhe os materiais necessários, o que irá estimular a sua autonomia.

O saquinho pode ficar colocado na pele, durante 2 a 3 dias!

Não deixe o saquinho na pele mais que 4 dias!

Lave as mãos!

Se preferir use luvas não esterilizadas!

9

Como remover o saquinho?

Comece por remover a placa, com a ajuda de compressas suaves embebidas em água morna (37°C), de forma cuidadosa, de cima para baixo.

Figura 7 - Utilize compressas com água morna



Figura 8 - Remova de forma suave, o saco de cima para baixo



Com uma mão faça uma pequena tração na pele, na região superior da placa, e com a outra mão remova cuidadosamente a placa para não danificar a pele.

Observe a parte de trás da placa.

Procure sinais de infiltração de urina por baixo da placa.

Essa informação irá indicar o local onde necessita aplicar com mais atenção pó cicatrizante, ou anel nivelador.

Figura 9 - Exemplo parte de trás da placa após remoção



10

Como limpar a pele e o estoma?

Limpe a pele e o estoma com compressas suaves embebidas em água morna ou esponja macia.

Não use toalhetas! – São agressivas!

Seque a pele muito bem de forma cuidadosa com compressas ou papel higiénico macio.

Observe a pele e o estoma.

Figura 10 - Exemplo de pele e estoma saudáveis



Verifique se a pele está íntegra, sem feridas ou muito vermelha.

Se a pele apresentar pequenos pontos sangrantes e/ou ficar muito vermelha:

1.º verifique se o molde está correto (sem pele visível) – realize novo molde se necessário;

11

2.ª aplique o pó cicatrizante (ver: Como preparar a pele?)

Se mantiver as alterações, entre em contacto com a equipa!

Verifique se o estoma está vermelho/rosado e húmido, esse é o aspeto normal!

Por vezes o estoma pode sangrar ligeiramente quando é limpo, não se assuste!

O estoma é formado por muitos vasos sanguíneos, por isso pode sangrar com alguma facilidade.

Aplique uma compressa com água fria sobre o estoma ou pó cicatrizante e remova o excesso com uma compressa suave, para parar de sangrar.

Se não parar de sangrar, entre em contato com a equipa!

12

Devo manter o molde?

Verifique o tamanho do estoma com o molde que já tem.

O molde deve encaixar no estoma sem deixar pele visível.

O seu filho(a) está a crescer, por isso, tem que ter em atenção que o tamanho do estoma pode alterar-se.

Sempre que o molde já não se encontre adequado, terá que realizar novo molde!

Use a película transparente de um pacote de compressas para realizar novo molde!

Figura 11 - Colocar película transparente por cima do estoma



Figura 12 - Com uma caneta desenhar a contorna exata do estoma



13

Figura 13 - Identificar C - cima e B - baixo



Figura 14 - Recortar a película conforme o desenho



Figura 15 - Verificar o recorte da película no estoma



Figura 16 - Coloque a placa em cima da película



Figura 17 - Rode a placa com a película



Figura 18 - Desenhe na placa o recorte do estoma da película



14

Use a película de proteção da placa para desenhar com uma caneta o novo molde.

Se tiver dúvidas contacte a equipa!

Como recortar a placa?

Recorte a placa com a tesoura de pontas curvas, seguindo o molde correto!

Figura 19 - Puxe o saco para fora para não o cortar



Figura 20 - Dobre a placa ao meio



Figura 21 - Dê um pequeno corte na placa de forma a conseguir inserir a ponta da tesoura



15

Alise com o dedo o recorte para que a placa não fique com arestas que possam magoar o(s) estoma(s).

Figura 22 - Recarte segundo o molde desenhado



Figura 23 - Alise as arestas do recarte



Que cuidados a ter com a pele?

Depois de estar a pele bem seca, se necessário aplique os acessórios recomendados pela equipa de enfermagem.

Se a pele tem:

- pontos sangrantes;
- feridas;
- muito vermelha.

16

Use – Pó cicatrizante

- ✓ Aplique o pó diretamente na pele.
- ✓ Remova o excesso com uma compressa suave.
- ✓ Aplique protetor cutâneo em spray.
- ✓ Deixe secar.
- ✓ Aplique a placa/saquinho.

Se a pele tem:

- Pregas e/ou zonas desniveladas por onde se infiltra a urina

Use – Anéis /tiras niveladoras ou pasta niveladora

- ✓ Aqueça o anel ou a tira na palma das mãos e molde-o(a), como se fosse plasticina.
- ✓ Aplique diretamente na pele ou na placa.
- ✓ Aplique a placa/saquinho.

Pasta niveladora

- ✓ Use a ponta do dedo indicador e retire uma pequena porção de pasta.
- ✓ Aplique diretamente na pele, com um só movimento.

17

- ✓ Se quiser voltar a manipular a pasta, tem que ter o dedo molhado para conseguir mexer na pasta sem esta estar sempre a colar aos dedos.
- ✓ Deixe secar a pasta muito bem!
- ✓ Aplique a placa/saquinho.

Como colocar o saquinho?

Se dispositivo de 1 peça – placa e saco juntos!

- ✓ Aquecer a placa por fricção nas mãos.
- ✓ Remover a película.
- ✓ Aplicar de baixo para cima.
- ✓ Massajar suavemente com ligeira pressão.

Figura 24 - Aqueça fazendo fricção



Figura 25 - Remova a película de proteção



18

Figura 26 - Dobre a placa pelo bordo inferior



Figura 27 - Encaste o bordo inferior da placa na borda inferior do estoma



Figura 28 - Aplique o saco de baixo para cima e massage suavemente



Se dispositivo de 2 peças – placa + saco!

- ✓ Aquecer a placa por fricção nas mãos.
- ✓ Remover a película.
- ✓ Aplicar a placa de baixo para cima.
- ✓ Aplicar o saquinho de baixo para cima.
- ✓ Massajar suavemente com ligeira pressão.

Figura 29 - Aqueça a placa fazendo fricção



Figura 30 - Remova a película de proteção



19

Figura 31 - Aplique o placa de baixo para cima



Figura 32 - Massage a placa para aderir bem à pele



Figura 33 - Encaixe o saco de bato para cima



Figura 34 - Verifique se o saco ficou bem-adaptado à placa



20

Como despejar o saquinho?

Sempre que o saquinho estiver cheio em cerca de 1/3 da sua capacidade, deve despejar.

Se a condição física da criança permitir, despejar diretamente na sanita.

Se não for possível, pode usar um recipiente (ex. urinol) que facilmente encontra em qualquer "loja de conveniência", ou loja de material ortopédico.

Tenha em atenção que ao ficar cheio, o saquinho também fica mais pesado e tem tendência para descolar.

No final, lave bem as mãos!

Vista o seu filho(a)!

Arrume todo o material!

Figura 35 - Exemplo de como despejar na sanita



21

E durante a noite?

Durante a noite deve aplicar ao saquinho, um saco coletor de urina com maior capacidade de recolha.

Figura 36 - Desadapte a proteção da torneira



Figura 37 - Encaixe o adaptador para o saco coletor na torneira



Figura 38 - Encaixe o saco coletor no adaptador



Figura 39 - Saco coletor adaptado para uso durante a



22

Isso irá permitir que tanto a criança como os pais tenham uma noite mais segura e tranquila.

Lembre-se:

Sempre que sair com o seu filho(a), leve um **kit de segurança** com todo o material necessário aos cuidados à pele e ao estoma.

(Stetzer, 2021; WOCN®, 2011)

O que devo vestir ao meu filho(a)?

Pode vestir roupa, de preferência justa e confortável!

Se o seu filho(a) ainda for pequeno use bodys. Ajuda a manter o saquinho mais protegido, impedindo a criança puxar ou ficar presa acidentalmente.

Se o seu filho(a) for mais crescido, use roupa mais justa mas confortável, de forma que permita liberdade de movimentos.

Figura 40 - Exemplo de bodie para bebé



23

O meu filho(a) pode fazer desporto?

O seu filho pode fazer qualquer tipo de desporto, mas deve ter em atenção alguns aspetos:

Use uma cinta, ou uma faixa, ou uma camisola justa de lycra, mas sem apertar. Assim, evita que durante o exercício físico o saco ande solto e se possa descolar.

Esvazie o saco antes de fazer desporto, para não correr o risco de ficar cheio e extravasar com o peso.

Figura 41 - Exemplo de faixa para criança



O meu filho(a) pode ir à escola?

O seu filho(a) deve ir à escola e tanto os professores, como os assistentes operacionais, devem ter conhecimento da sua condição de saúde e saber como atuar em caso de necessidade.

24

Figura 42 - Regresso à escola com mochila de emergência



Forneça à escola uma mochila de emergência, a qual deve conter roupa extra e materiais já prontos a aplicar!

Como obter o material necessário?

Todo o material necessário (saquinho, placa, acessórios) é **100% participado!**

Sempre que for ao médico leve as **referências** do material que está a usar.

Qualquer médico consegue emitir a receita eletrónica, desde que introduza as referências corretas.

Qualquer farmácia em Portugal pode fornecer o material prescrito.

25

Poderá ter que esperar entre 24h a 48h pela entrega do material.

Caso não tenha número de Sistema Nacional de Saúde, contacte a **Associação Portuguesa de Ostromizados!**

Telefone: 937 240 477

Glossário

Estoma – Parte visível do órgão, que é cirurgicamente colocado à pele da barriga da criança.

Dispositivo ou Saquinho – sistema constituído por saco e placa usado na colheita de urina pelo estoma.

Dispositivo de 1 peça – sistema constituído por placa e saco integrados num só.

Dispositivo de 2 peças – sistema constituído por placa + saquinho.

Placa – parte do sistema que é adaptada à pele e na qual se conecta o saquinho

26

Pele Peri-estoma – área de pele que rodeia o estoma.

Como esclarecer dúvidas?

Pode ainda consultar informação válida através da aplicação



Em caso de dúvidas e esclarecimentos **contacte a equipa** através do telefone n.º _____.

Em caso de emergência ligue o 112

ou Saúde 24 – 808 24 24 24

27

Referências Bibliográficas

American College of Surgeons. Division of Education (?). Your Child's Urostomy.

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. https://eincondelaostomia.es/wp-content/uploads/2019/01/Gu%C3%ADa_Pedi%C3%A1trica_atenci%C3%B3n_ostomizado.pdf

Children's Minnesota* (2015). Urostomy: Care at home. Patient & Family Education Materials. <https://www.childrensmn.org/educationmaterials/childrensmn/article/15611/urostomy-care-at-home/>

DGS (2017). Norma n.º 012/2016 de 28/10/2016 atualizada a 03/03/2017. Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Eliminação Urinária em Idade Pediátrica e no Adulto. Departamento da Qualidade na Saúde.

Stetzer, M. (2021). Essential Ostomy Knowledge for Nurses: Promoting Adaptation in children with new ostomy and their caregivers. *Nursing Continuing Professional Development*, 47(2), 71–78.

WOCN *. (2011). *PEDIATRIC OSTOMY CARE BEST PRACTICE FOR CLINICIANS*.

<https://wanapix.pt/body-bebe-personalizado> - figura 40.

28

https://shopee.ph/bigkis-Newborn-Baby-Bellyband-Baby-Belly-Protection-Cotton-Belly-Protector-Soft-Breathable-1124539290.106556034137sp_atk=83cd6cba-3608-4961-9197-27b02e0be5c7&xptdk=83cd6cba-3608-4961-9197-27b02e0be5c7 – figura 41.

<https://br.freepik.com/fotos-premium/mochila-escolar-com-material-escolar-colorido-e-quadro-negro-com-letras-de-volta-as-aulas-material-escolar-em-fundo-azul-desenho-de-banner-16580245.htm> - figura 42.

Elaborado por:

Enf.ª Joana Cereja, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica – Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação da EESIP e Mestre [REDACTED]; Sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Ramos.

29

Apêndice XXXV – Formulário para avaliação do Guia “O meu filho(a) tem uma Urostomia e agora?”

Avaliação do Guia Prático para os pais/cuidadores “O meu filho(a) tem uma Urostomia e agora?”

Peço a sua colaboração na avaliação do **“Guia prático para os pais/cuidadores – O meu filho tem uma Urostomia e agora?”**, realizado como material educativo para os pais. Irá demorar uns breves minutos. Este Guia foi realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica—Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde e irá ficar disponível após aprovação, para a equipa de enfermagem do serviço de Cirurgia Pediátrica/Queimados.

Pretendo que avalie se as mensagens principais estão presentes no guia, se a linguagem está clara, se a informação está adequada e se as recomendações estão completas e corretas.

Obrigada pela sua disponibilidade!

Avaliação da mensagem principal e apela à ação

2. O material contém uma declaração de mensagem principal?

Uma mensagem principal é o conteúdo que se deseja comunicar a uma pessoa ou grupo.

Sim

Não

2. A mensagem principal está no início ou na frente do material?

A mensagem principal deve estar no primeiro parágrafo ou seção.

Sim

Não

2. A mensagem principal é enfatizada com dicas visuais?

Exemplo: Realço da cor das letras, títulos, sublinhados.

Sim

Não

2. O material contém pelo menos uma imagem visual que transmita ou suporte a mensagem?

Sim

Não

2. O material inclui um ou mais apelos à ação?

Sim

Não

Idioma

2. Tanto a mensagem principal como o texto usam a voz ativa?

Sim

Não

2. O material usa sempre palavras que o público-alvo conhece/usa?

Se os termos específicos ou desconhecidos forem explicados ou descritos, responda sim.

Sim

Não

Design de Informação

2. O material usa listas com marcadores ou numerados?

Sim

Não

2. O material está organizado em blocos com títulos?

Sim

Não

2. As informações mais importantes estão resumidas no início de cada secção?

Sim

Não

Estado da Ciência

11. O material explica quais as fontes específicas no assunto e o que sabem e não sabem sobre o assunto?

Sim

Não

Recomendações Comportamentais

12. O material inclui uma ou mais recomendações para o público-alvo?

Sim

Não

13. O material explica porque as recomendações são importantes?

Sim

Não

14. As recomendações incluem orientações específicas sobre como realizar o comportamento?

Sim

Não

Comentários/Sugestões de melhoria

Apêndice XXXVI – Avaliação do Guia prático para os pais/cuidadores: “O meu filho(a) tem uma Urostomia e agora?”

Avaliação do “ O meu filho(a) tem uma Urostomia e agora? - Guia prático para os pais/cuidadores”

Peço a sua colaboração na avaliação do “**Guia prático para os pais/cuidadores: O meu filho(a) tem uma Urostomia e agora?**”, realizado como material educativo para os pais. Irá demorar uns breves minutos. Este Guia foi realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica—Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde e irá ficar disponível após aprovação, para a equipa de enfermagem e pais/cuidadores.

Pretendo que avalie se as mensagens principais estão presentes no guia, se a linguagem está clara, se a informação está adequada e se as recomendações estão completas e corretas. Obrigada pela sua disponibilidade!

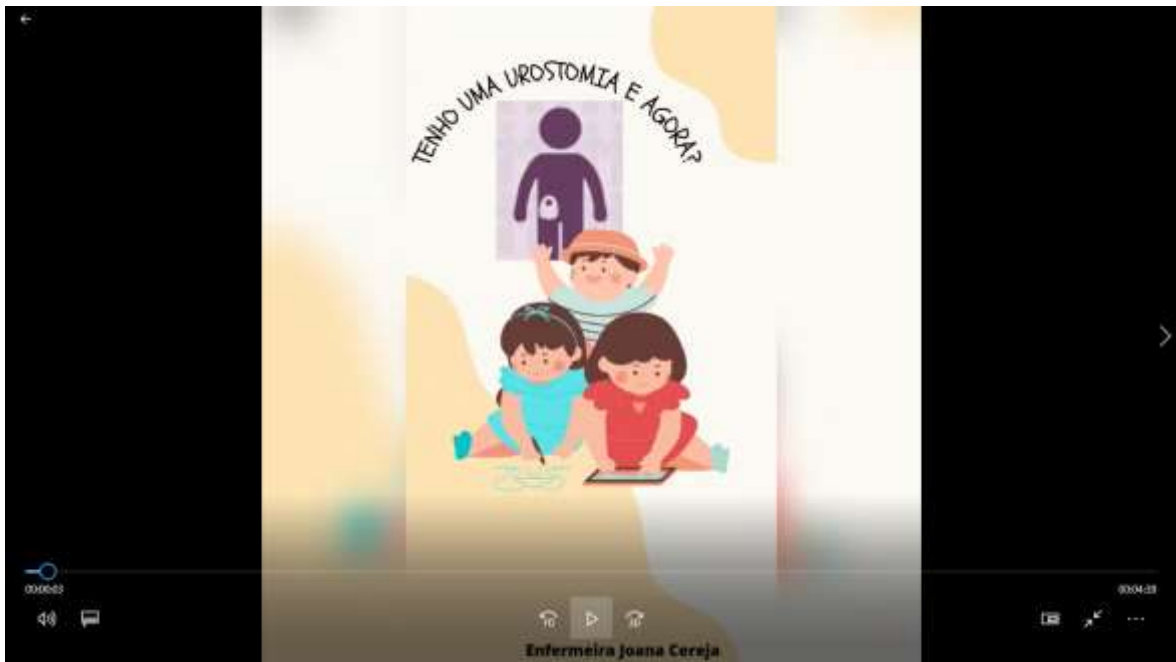
| Questões | Respostas de Indivíduos | | | | | | |
|---|--------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Parte A: Núcleo Os itens desta seção (1-11) aplicam-se a todos os materiais. | A | B | C | D | E | F | G |
| Avaliação da mensagem principal como apelo à ação | | | | | | | |
| 1. O material contém uma declaração de mensagem principal? <i>Uma mensagem principal é o conteúdo que se deseja comunicar a uma pessoa ou grupo.</i> | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 2. A mensagem principal está no início, no início ou na frente do material? <i>A mensagem principal deve estar no primeiro parágrafo ou seção.</i> | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 3. A mensagem principal é enfatizada com dicas visuais? Exemplo: Realço da cor das letras, títulos, sublinhados. | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 4. O material contém pelo menos uma imagem visual que transmita ou suporte a mensagem principal? <i>Por exemplo, conte fotografias, desenhos de linha, gráficos e infográficos como recursos visuais.</i> | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 5. O material inclui um ou mais apelos à ação para o público-alvo? <i>Se o material incluir uma recomendação comportamental específica, uma solicitação para obter mais informações, uma solicitação para partilhar</i> | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |

| | | | | | | | | |
|---|--------------|-------------|--------------|-------------|-------------|---------------|-------------|------------|
| <i>informações com outra pessoa ou um amplo pedido de mudança, responda sim.</i> | | | | | | | | |
| Idioma | | | | | | | | |
| 6. Tanto a mensagem principal, como o texto usam a voz ativa? | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| 7. O material usa sempre palavras que o público-alvo conhece/usa? <i>Se todos os termos especializados ou desconhecidos forem explicados ou descritos na primeira vez que forem usados, responda sim.</i> | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| Design de Informação | | | | | | | | |
| 8. O material usa listas com marcadores ou numeradas? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| 9. O material está organizado em blocos com títulos? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| 10. As informações mais importantes estão resumidas no início de cada seção? <i>As informações mais importantes devem incluir a mensagem principal. Uma seção é um bloco de texto entre títulos.</i> | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | |
| Estado da Ciência | | | | | | | | |
| 11. O material explica quais são as fontes especialistas no assunto e o que sabem e não sabem sobre o assunto? | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| Pontuação da Parte A Total ____ / 11 | 0,818 | 1 | 0,909 | 1 | 1 | 0,9091 | 1 | |
| | 82% | 100% | 91% | 100% | 100% | 91% | 100% | 95% |
| Parte B: Recomendações Comportamentais. | | | | | | | | |
| 12. O material inclui uma ou mais recomendações comportamentais para o público principal? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| 13. O material explica por que as recomendações comportamentais são importantes para o público-alvo? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| 14. As recomendações comportamentais incluem orientações específicas sobre como realizar o comportamento? | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |

| | | | | | | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| <i>Isso pode incluir instruções passo a passo ou uma descrição simples.</i> | | | | | | | | |
| Pontuação da Parte B Total ____ / 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |

| | | | | | | | | |
|--|-------------|------------|------------|-------------|-------------|------------|------------|------------|
| Calcular a pontuação para o material | | | | | | | | |
| 1) TOTAL DE RESPOSTAS (A+B) | 14 | 13 | 13 | 14 | 14 | 13 | 9 | |
| 2) TOTAL DE PONTOS POSSÍVEIS (A+B) | 14 | 14 | 14 | 14 | 14 | 14 | 14 | |
| TOTAL GLOBAL EM PERCENTAGEM 1) / 2) X 100 | 100% | 93% | 93% | 100% | 100% | 93% | 64% | 92% |

Apêndice XXXVII – Vídeo exemplificativo para crianças com urostomia em idade escolar



Neste vídeo é composto por várias partes:

Primeira parte a própria criança exemplifica passo-a-passo a remoção do dispositivo de ostomia urinário de uma peça e a aplicação de novo dispositivo de uma peça;

Segunda parte, o adulto exemplifica a realização de molde, adaptando a nova placa ao novo formato do estoma;

Terceira parte a criança volta a exemplificar passo-a-passo a remoção do dispositivo de ostomia urinário de duas peças e a aplicação de novos dispositivos;

Por último a criança exemplifica a aplicação de saco coletor para ir dormir.

Link de acesso ao vídeo:

https://drive.google.com/file/d/1leTqPRxyEkBn4gf3jqCQno8yRsOwYYkx/view?usp=share_link

Apêndice XXXVIII - Norma dos Cuidados Básicos de enfermagem à Criança com Urostomia

Cuidados Básicos de Enfermagem à Criança com Urostomia

1. OBJECTIVOS

- Uniformizar procedimentos nos cuidados de enfermagem à criança com urostomia;
- Otimizar os cuidados de enfermagem à criança com urostomia;
- Facilitar a integração de novos elementos na equipa de enfermagem;
- Facilitar os ensinamentos aos cuidadores/criança.

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

- Todos os enfermeiros que exercem funções no serviço de cirurgia pediátrica/queimados.

3. RESPONSABILIDADES

3.1. Pela implementação do Procedimento:

- Grupo de trabalho e enfermeiros que exercem funções no serviço de cirurgia pediátrica/queimados.

3.2. Pela revisão do procedimento:

Grupo de trabalho do serviço de cirurgia pediátrica/queimados

4. SIGLAS E ABREVIATURAS

Fig. – Figura

mmHg – milímetros de mercúrio

ex. – exemplo

Elaborado por: Enf.ª Joana Cereja, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica—Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação da EEESIP e Mestre [REDACTED]; Sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Ramos.

Nº PÁGS.

1/29

5. DEFINIÇÃO

Ostomia de eliminação urinária é uma derivação cirúrgica do aparelho urinário à parede abdominal, para eliminar o seu conteúdo. Esta pode ser temporária (se a patologia que as originou é reversível, permitindo o restabelecimento normal), ou definitiva (se houve encerramento e/ou amputação do órgão do sistema urinário).

As ostomias de eliminação urinária ou urostomias podem dividir-se em:

Cutâneas – assumindo nomes distintos, consoante o local do aparelho urinário que é trazido à pele: Nefrostomia (comunicação do rim com a pele, Fig.1); Ureterostomia (comunicação do ureter com a pele, Fig. 3); Vesicostomia (comunicação da bexiga com a pele, Fig. 2);

Figura 1 - Exemplo de uma Nefrostomia



Nota - SickKids®, 2022
<https://www.aboutkidshealth.ca/Article?contentid=2458&language=English>

Figura 2 - Exemplo de uma Vesicostomia



Nota - SickKids®, 2022
<https://www.aboutkidshealth.ca/Article?contentid=1024&language=English>

Figura 3 - Exemplo de Ureterostomia



Nota - National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, National Institutes of Health, 2022
<https://www.niddk.nih.gov/news/media-library/11417>

| | |
|---|--|
| <p>Elaborado por: Enf.ª Susana Correia, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica – Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação da EESIP e Mestre [REDACTED], Sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Ramos.</p> | <p>N.º PÁGS.</p> <p style="text-align: center;">2/9</p> |
|---|--|

Cuidados Básicos de Enfermagem à Criança com Urostomia

Figura 4 - Exemplo de Conduto Ileal

Ureteroenterocutâneas – nas quais é utilizado uma parte do intestino delgado que funciona como reservatório urinário, onde se incorpora os ureteres, denominado conduto ileal (Fig. 4), sendo formado à pele um estoma similar a uma ileostomia.

(DGS, 2017; Rutledge et al, 2017)



Nota - National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, National Institutes of Health, 2022, (<https://www.niddk.nih.gov/news/media-library/11110>)

Podem ainda ser classificadas de ostomia de eliminação urinária continente (em que existe necessidade de cateterização para eliminação da urina, ex. Mitrofanoff) e não continente (em que a urina está constantemente a sair pelo estoma). Nestas últimas existe a necessidade de aplicação de dispositivos adequados para proteção da pele e coletar urina (Batalla et al, 2019).

É fundamental que a equipa de enfermagem conheça o tipo de cirurgia e o tipo de ostomia para efetuar uma monitorização e prestar cuidados competentes e adequados (Batalla et al, 2019).

6. INDICAÇÕES

Segundo a Norma da DGS n.º 012/2016, revista a 03/03/2017, a realização de ostomias de eliminação urinária em idade pediátrica, devem ser consideradas em situações de deficiente eliminação urinária, podendo ser por causas:

Malformativas;

Traumáticas;

| | |
|--|---------------------|
| Elaborado por: Enl.º Inês Correia, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica – Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação da ERESIP e Mestr. [REDACTED]; Sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Ramos. | Nº PÁGS. 329 |
|--|---------------------|

Cuidados Básicos de Enfermagem à Criança com Urostomia

Infeciosas e
Neoplásicas.

(DGS, 2017).

A criança, se tiver entendimento para tal, bem como o seu representante legal, devem ser informados e esclarecidos acerca da necessidade do acompanhamento clínico na ostomia urinária e dos cuidados inerentes, dos benefícios e dos riscos do tratamento e quando deve contactar a equipa de saúde. Para tal, deve ser obtido um consentimento informado escrito de acordo com a Norma n.º 015/2013 “Consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito” (DGS, 2017).

7. DESCRIÇÃO

PONTOS CHAVE

- A criança com Urostomia tem direito ao acesso a um serviço disponível que sirva como suporte para eventuais dúvidas e necessidades;
- A intervenção de enfermagem no pós-operatório deve realizar-se de forma estruturada, com monitorização e controlo clínico, com vista à prevenção de complicações e a sua rápida resolução, e capacitação da criança e dos pais/cuidadores;
- Os dispositivos médicos para ostomias urinárias, têm características específicas adaptadas às necessidades da criança;
- Para conseguir uma correta adaptação às necessidades de cada criança, é necessário que a equipa de enfermagem conheça e domine os dispositivos de ostomia disponíveis no mercado;
- Os dispositivos médicos devem ser prescritos, após decisão da criança e pais/cuidadores acerca do material mais adequado;

| | |
|---|------------------------------|
| Elaborado por: Enf.ª Joana Cereja, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica—Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação da EEESIP e Mestre [REDACTED]; Sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Ramos. | N.º PÁGS. 4/29 |
|---|------------------------------|

Cuidados Básicos de Enfermagem à Criança com Urostomia

- A capacitação da criança/cuidadores deve ser iniciada o mais precocemente possível, prevenindo complicações e diminuindo o tempo de internamento.

8. PROCEDIMENTOS

No cuidado à criança com ostomia de eliminação urinária não continente ou Urostomia, os cuidados básicos de enfermagem passam por:

Cuidados à pele peri-estoma e estoma;

Prevenção e deteção precoce de complicações cutâneas;

Prevenção e deteção precoce de complicações de estoma;

Capacitação da criança/cuidadores nos cuidados ao estoma, pele peri-estoma e aparelhagem de dispositivo coletor.

(DGS, 2017)

8.1. Cuidados à pele peri-estoma, estoma e cateteres

Na criança com ostomia de eliminação urinária não continente que usa dispositivos coletores, a avaliação da pele peri-estoma, do estoma e dos dispositivos são essenciais para prevenir complicações (Batalla et al, 2019; Forest-Laland et al, 2018).

Na avaliação do estoma deve ser monitorizado o seu tamanho, forma, cor, aspeto, saliência, junção mucocutânea; na avaliação da pele peri-estoma deve ser monitorizada a cor e a integridade (Batalla et al, 2019).

Material Necessário:

- Luvas limpas
- Compressas macias
- Soro Fisiológico ou água morna (37º)
- Tesoura de pontas redondas
- Dispositivo de ostomia urinária

| | |
|--|-------------------|
| Elaborado por: Enf.ª Isata Cereja, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica—Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação da EEESIP e Mestre [REDACTED]; Sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Ramos. | N.º PÁGS. 5/29 |
|--|-------------------|

Intervenções de Enfermagem

- Explicar o procedimento aos cuidadores/criança, desenvolvendo os passos a realizar de forma a envolvê-los na prestação de cuidados;
- Colocar a criança confortável e contida em decúbito dorsal;
- Colocar luvas limpas;
- Remover o dispositivo antigo, de cima para baixo. Uma mão segura na pele e a outra mão remove suavemente a placa, podendo-se usar removedor de adesivo para facilitar a remoção e minimizar o desconforto; (Fig. 5)
- Limpar o estoma e pele peri-estoma e cateteres, com soro fisiológico ou água morna (37º) e compressas macias;
- Observar a pele periférica do estoma, estoma e cateteres (se existirem); (Fig. 6)
- Vigiar presença de sinais inflamatórios, evolução cicatricial, sinais de hemorragia, lesões da pele, integridade dos cateteres;
- Observar a parte de trás do dispositivo removido – permite observar se existe necessidade de nivelar a pele, ou reforçar o hidrocolóide do novo dispositivo em alguma área de aderência para prevenir fugas/infiltração de urina; (Fig.7)
- Observar a integridade dos cateteres se estes existirem, verificar a sua fixação e obstrução;
- Aplicar novo dispositivo (Ver ponto n.º 8.3. Aplicação de novo dispositivo);
- Lavar as mãos;
- Registar o procedimento – Ferida cirúrgica (avaliar ferida cirúrgica, vigiar penso, executar tratamento); vigiar a pele periférica ao estoma; vigiar estoma; Maceração (vigiar maceração, executar tratamento à maceração) e os ensinamentos realizados aos pais/criança.

| | |
|---|-------------------------------------|
| <p>Elaborado por: Enf.ª Isata Cereja, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica—Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação da EESIP e Mestre [redacted]; Sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Ramos.</p> | <p>N.º PÁGS.</p> <p>6/29</p> |
|---|-------------------------------------|

Figura 5 - Remoção do dispositivo



Figura 6 - Observação do estoma e pele peri-estoma



Figura 7 - Observação da parte de trás do dispositivo removido



8.2. Realização de novo molde

Após a construção de um estoma, este apresenta-se edemaciado e com pontos de sutura até pelo menos três semanas. Ao longo destas primeiras semanas o edema vai diminuindo e os pontos de sutura vão saindo espontaneamente, levando a uma alteração muito rápida da sua forma e tamanho. Por este motivo a verificação do molde deve ser realizada a cada mudança do dispositivo, para prevenção de complicações na pele peri-estoma e estoma. A adaptação do molde deve ser realizada sempre que se verifique que o anterior já não se encontra adequado (Forest-Laland et al, 2018).

O molde deve ser realizado de forma que não fique pele exposta ao efluente. Na realidade nem sempre isso é possível, devido a vários fatores (proximidade com outros estomas, placas já pré-recortadas), devendo nestas situações a pele exposta ficar protegida com acessórios de hidrocolóide (pasta niveladora, anel nivelador, ou tiras niveladoras) prevenindo a corrosão da pele pelo efluente (Forest-Laland et al, 2018).

Após a alta, a criança vai para casa e o seu desenvolvimento físico mantém-se, levando a alterações no tamanho e forma do estoma. Neste sentido, torna-se importante a capacitação parental na verificação e realização de novo molde, uma vez que os pais terão que realizar autonomamente, esta intervenção no domicílio. Esta capacitação irá prevenir complicações na pele peri-estoma, idas desnecessárias ao hospital e consequentemente melhoria da qualidade de vida da criança e dos seus cuidadores.

| | |
|--|--|
| <p><small>Elaborado por: Eni[®] Joana Cereja, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica – Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação da EEESIP e Mestre [Redacted]; Sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Ramos.</small></p> | <p>N.º PÁGS.</p> <p style="text-align: center;">7/29</p> |
|--|--|

Cuidados Básicos de Enfermagem à Criança com Urostomia

Material

- Luvas
- Tesoura de pontas curvas
- Pacote de compressas esterilizadas
- Caneta
- Água morna (38º)
- Dispositivos de ostomia escolhidos pela criança/cuidadores

Procedimento

- Explicar o procedimento aos pais, desenvolvendo os passos a realizar de forma a envolvê-los na prestação de cuidados;
- Colocar a criança confortável e contida, em decúbito dorsal;
- Lavar as mãos;
- Calçar luvas;
- Remover o dispositivo antigo, caso seja necessário;
- Limpar a pele peri-estoma e estoma;
- Vigiar alterações na pele peri-estoma e estoma;
- Remover a película transparente do pacote de compressas esterilizadas;
- Colocar a película em cima do estoma; (Fig. 8)
- Desenhar a forma do estoma o mais justa possível na película com uma caneta e identificar C em cima e B em baixo, como orientação; (Fig. 9)
- Recortar a película pelo desenho realizado; (Fig. 10)
- Confirmar o recorte, colocando a película recortada sobre o estoma; (Fig.11)
- Colocar a placa ou dispositivo de 1 peça em cima da película transparente e virar a placa para cima com a película; (Fig. 12)
- Desenhar na placa o recorte realizado na película transparente; (Fig.13)

Elaborado por: Enf.ª Joana Cereja, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica—Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação da EEESIP e Mestre [REDACTED]; Sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Ramos.

Nº PÁGS.

8/29

Cuidados Básicos de Enfermagem à Criança com Urostomia

- Recortar a placa com a tesoura de pontas curvas, e se tratar de um dispositivo de uma peça, ter o cuidado de puxar o saco para não correr o risco de o cortar acidentalmente; (Fig.14)
- Confirmar se o recorte está correto, colocando a placa sobre o estoma; (Fig.15)
- A película protetora removida, na aplicação do novo dispositivo, irá ser o novo molde para a próxima placa; (Fig.16)
- Remover as luvas;
- Lavar as mãos;
- Registrar o procedimento.

Figura 8 - Aplicar a película transparente em cima do estoma



Figura 9 - Desenhar a forma do estoma na película



Figura 10 - Recortar a forma do estoma da película



Figura 11 - Confirmar o recorte da película no estoma



Figura 12 - Colocar o dispositivo em cima da película e virar



Figura 13 - Desenhar na placa o recorte da película



Figura 14 - Recortar a placa segundo o molde na película



Figura 15 - Verificar o recorte no estoma



Figura 16 - A película removida ficará novo molde



Elaborado por: Enl.ª Susu Cereja, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica—Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação da EEESIP e Mestr.ª [redacted]; Sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Ramos.

N.º PÁGS.

8/28

8.3. Aplicação de novo dispositivo:

Os dispositivos de ostomia de eliminação urinária têm algumas especificidades adaptadas às características do tipo de estoma e seu efluente. São constituídos por:

- Material impermeável – impede a exalação de odores desagradáveis;
- Válvula antirrefluxo – impede que a urina, após drenada, entre em contacto novamente com o estoma/cateteres;
- Torneira de despejo – permite com facilidade despejar a urina do dispositivo;
- Adaptador a saco coletor – permite a adaptação de um saco coletor especialmente durante a noite, aumentando a capacidade de colheita de urina.

Existem vários tipos de dispositivos, sendo que o seu tempo de contacto com a pele deve ser o que está recomendado na literatura.

Se a criança/cuidadores optar por um dispositivo de uma peça, este deve ser mudado a cada 24 horas, pois o hidrocolóide que a constitui está concebido para manter a sua aderência e absorção de efluente nesse período de tempo.

Se a criança/cuidadores optar por um dispositivo de duas peças, então a placa pode permanecer até três dias, não mais que quatro (na constituição têm maior quantidade de hidrocolóide), mas o saco deve ser trocado diariamente ou sempre que necessário, para permitir a monitorização e limpeza do estoma.

(Forest-Laland et al, 2018; Rutledge et al, 2017; WOCN[®], 2011)

Dispositivo de uma peça:

Os dispositivos de ostomia de uma peça são constituídos por placa de hidrocolóide incorporada no saco.

Devido a este facto, a sua troca deve ser diária, ou sempre que necessário, prevenindo extravasamentos e complicações na pele peri-estoma.

| | |
|---|-----------------|
| Elaborado por: Enf.ª Joana Cereja, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica—Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação da EEESIP e Mestre [REDACTED]; Sob a orientação da Professora Doutora Silvia Ramos. | Nº PÁGS. |
| | 10/29 |

Cuidados Básicos de Enfermagem à Criança com Urostomia

Material

- Luvas
- Tesoura de pontas curvas
- Pacote de compressas
- Soro fisiológico ou água morna
- Molde
- Acessórios de ostomia, se necessário (ex. pó cicatrizante, pasta niveladora, tiras niveladoras, removedor de adesivo, protetor cutâneo)
- Dispositivos de ostomia de uma peça

Procedimento

- Explicar o procedimento aos cuidadores/criança, desenvolvendo os passos a realizar de forma a envolvê-los na prestação de cuidados;
- Lavar as mãos;
- Usar o molde previamente realizado e verificado, desenhando-o na nova placa;
- Fixar a placa com uma mão e com a outra afastar o saco da base da placa; (Fig. 17)
- Usando a tesoura de pontas curvas, cortar a placa pelo desenho do molde; (Fig. 18)
- Verificar no estoma, que a placa ficou corretamente recortada;
- Com um dedo, alisar as arestas do recorte; (Fig. 19)
- Aquecer a placa por meio de fricção com as mãos; (Fig. 20)
- Remover a película protetora; (Fig. 21))
- Dobrar a placa pelo bordo inferior;
- Inserir os cateteres se existirem na abertura da placa;
- Encaixar o bordo inferior da placa, no bordo inferior do estoma; (Fig. 22)
- Aplicar de baixo para cima;

| | |
|---|-------------------------------|
| Elaborado por: Enf.ª Joana Cereja, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica—Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação da EEESIP e Mestre [REDACTED]; Sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Ramos. | N.º PÁGS. 11/29 |
|---|-------------------------------|

Cuidados Básicos de Enfermagem à Criança com Urostomia

- Massajar suavemente do centro para a periferia com movimentos circulares; (Fig.23)
- Manter os cateteres na parte superior do saco, antes da válvula antirrefluxo;
- Verificar a aderência, realizando pequena tração;
- Efetuar registos.

Figura 17 - Afastar o saco da base da placa



Figura 18 - Cortar a placa pelo desenho do molde



Figura 19 - Alisar as arestas



Figura 20 - Aquecer a placa por fricção nas mãos



Figura 21 - Remover a película de proteção



Figura 22 - Colocar o bordo inferior do recorte da placa no bordo inferior do estoma



Figura 23 - Aplicar de baixo para cima e massajar do centro para a periferia



Dispositivo de duas peças

Os dispositivos de ostomia de duas peças são constituídos por placa de hidrocolóide e saco de urostomia, ou seja, duas peças independentes que se encaixam uma na outra, de forma mecânica ou adesiva.

Elaborado por: EnC Joana Cereja, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica –Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação da EESIP e Mestre [redacted]; Sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Ramos.

Nº PÁGS.

12/29

Cuidados Básicos de Enfermagem à Criança com Urostomia

Material

- Tesoura de pontas curvas
- Pacote de compressas
- Soro fisiológico ou água morna
- Molde
- Dispositivos de ostomia de duas peças

Intervenções de Enfermagem

- Explicar o procedimento aos cuidadores/criança, desenvolvendo os passos a realizar de forma a envolvê-los na prestação de cuidados;
- Proporcionar um ambiente calmo, tranquilo e seguro;
- Preparar todo o material necessário;
- Usar o molde previamente realizado e verificado, desenhando-o na nova placa;
- Usando a tesoura de pontas curvas, cortar a placa pelo desenho do molde;
- Com um dedo, alisar as arestas do recorte;
- Aquecer a placa por meio de fricção com as mãos; (Fig.24)
- Remover a película protetora; (Fig. 25)
- Adaptar o bordo inferior da placa, no bordo inferior do estoma;
- Aplicar de baixo para cima; (Fig. 26)
- Massajar suavemente do centro para a periferia com movimentos circulares; (Fig. 27)
- Encaixar o saco na placa de baixo para cima, realizando ligeira pressão e verificando que ficou completamente selado; (Fig. 28)
- Verificar a aderência, realizando pequena tração; (Fig. 29)
- Efetuar registos.

| | |
|---|--------------------------|
| Elaborado por: Enf.ª Joana Cereja, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica—Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação da EEESIP e Mestre [REDACTED]; Sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Ramos. | Nº PÁGS. 13/29 |
|---|--------------------------|

Figura 24 - Aquecer a placa por fricção nas mãos



Figura 25 - Remover a película de proteção da placa



Figura 26 - Aplicar a placa de baixo para cima, bordo inferior do recorte com bordo inferior do estoma



Figura 27 - Massajar do centro para a periferia



Figura 28 - Encaixar o saco de baixo para cima



Figura 29 - Verificar se ficou bem encaixado



8.4. Esvaziar o dispositivo

O dispositivo de ostomia deve ser esvaziado quando se encontrar entre um terço a um meio da sua capacidade. Esvaziar o dispositivo com regularidade, garante a aderência e segurança do mesmo, prevenindo complicações na pele peri-estoma, bem como infiltrações indesejáveis (Rutledge et al, 2017).

Material

- Luvas
- Pacote de compressas ou papel higiénico

Elaborado por: Enf.^o Inês Cereja, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica—Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação da EESIP e Mestre [redacted]; Sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Ramos.

N.º PÁGS.

14/29

Cuidados Básicos de Enfermagem à Criança com Urostomia

- Soro fisiológico ou água
- Conexão para saco coletor
- Saco coletor

Intervenções de Enfermagem

- Explicar o procedimento aos cuidadores/criança, desenvolvendo os passos a realizar de forma a envolvê-los na prestação de cuidados;
- Proporcionar um ambiente calmo, tranquilo e seguro;
- Preparar todo o material necessário;
- Calçar luvas;
- Se a condição da criança o permitir, levá-la à casa de banho e esvaziar o dispositivo diretamente para a sanita; (Fig. 30)
- Se a condição da criança não permite a ida à casa de banho, posicionar a criança de forma a facilitar o esvaziamento do dispositivo, assegurando a sua privacidade;
- Encaixar na torneira de despejo a conexão para o saco coletor; (Fig. 31)
- Depois de bem-adaptada, conectar o saco coletor à outra parte da conexão; (Fig. 32)
- Abrir a torneira de despejo, permitindo o esvaziamento do dispositivo; (Fig. 33)
- Fechar a torneira;
- Remover a conexão do saco;
- Descartar o saco coletor com conexão, em contentor apropriado;
- Limpar a torneira com compressas ou papel higiénico;
- Remover as luvas;
- Lavar as mãos;
- Registrar o procedimento.

Elaborado por: Enf.ª Joana Cereja, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica—Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação da EEESIP e Mestre [REDACTED]; Sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Ramos.

Nº PÁGS.

15/29

Figura 30 - Esvaziar o dispositivo diretamente na sanita



Figura 31 - Encaixe da conexão na torneira de despejo



Figura 32 - Encaixe do saco coletor na conexão



Figura 33 - Permitir o esvaziamento do dispositivo



8.5. Atuação nas complicações mais comuns:

As complicações mais comuns no que diz respeito à criança com urostomias são:

- Lesões cutâneas peri-estoma;
- Estenose do estoma;
- Obstrução de cateteres ureterais/nefrostomia.

(DGS, 2017)

Destas alterações, as únicas que podem ser minimizadas e/ou prevenidas através dos cuidados de enfermagem são as lesões cutâneas peri-estoma e algumas complicações do estoma.


Torna-se então importante que a equipa de enfermagem saiba reconhecer e prevenir complicações da pele peri-estoma e do estoma.

Elaborado por: Enf.º Joana Cereja, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica—Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação da EEESIP e Mestre [REDACTED]; Sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Ramos.


N.º PÁGS.

16/29

8.5.1. Complicações da pele peri-estoma:


| Complicação | Descrição | Intervenção |
|---|---|---|
| Deiscência de sutura  Nota – Guia de Atención Integral al niño ostomizado, 2019, pág. 128 | <ul style="list-style-type: none"> ➢ Os estomas estão normalmente localizados perto de suturas/feridas, especialmente em recém-nascidos e lactentes. ➢ As suturas ou feridas adjacentes ao estoma criam uma superfície irregular, provocando com frequência infiltrações de efluente. ➢ Deve-se realizar alguns ajustes nos dispositivos para garantir uma selagem e aderência segura. | <ul style="list-style-type: none"> • Limpar a ferida com soro fisiológico; • Tratar a ferida com os apósitos recomendados; • Selar o tratamento com placas de hidrocolóide ou silicone; • Aplicar o dispositivo em cima do tratamento devidamente selado. • A existência de ferida peri-estoma poderá levar a um aumento da frequência da mudança dos dispositivos. • Pode ser usado tratamento de pressão negativa na ferida peri-estoma: primeiro é aplicado o tratamento de pressão negativa; segundo é aplicado o dispositivo de ostomia. • As pressões recomendadas são: <ul style="list-style-type: none"> -50 a -75 mmHg para neonatos e crianças até aos 2 anos; -75 a -125mmHg para crianças com idade superior a 2 anos. • Deve ser tida em consideração a gestão da dor na troca do tratamento de pressão negativa. |

| | |
|--|-------------------|
| Elaborada por: Enf.ª Joana Cereja, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica – Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação da EEESP e Mestr. [Redacted] Sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Ramos. | Nº PÁGS: 17/29 |
|--|-------------------|

| | | |
|--|---|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Em crianças mais crescidas, pode instilar-se soro fisiológico morno no sistema 15min antes da remoção do penso e clampar, ou instilar lidocaína a 1% no sistema 15 a 20 min e clampar. • Qualquer criança que tenha tratamento de pressão negativa deve ter controlo de balanço hídrico pelo risco de desidratação. <p style="text-align: right;">(WOCN[®], 2016)</p> |
| Infeção fúngica  Nota – Guia de Atención Integral al niño ostomizado, 2019, pág. 123 | <ul style="list-style-type: none"> ➢ A causa mais comum de infeções fúngicas na pele peri-estoma é o crescimento excessivo de <i>Candida</i> (mais comum <i>Candida albicans</i>), que causa inflamação, infeção ou lesões na pele peri-estoma. ➢ Ocorre por excesso de humidade da pele ou por causas sistémicas (uso de antibióticos, imunossuppressores) | <ul style="list-style-type: none"> • Manter a pele peri-estoma e os dispositivos o mais secos possíveis, especialmente após cuidados de higiene. • Deixar o dispositivo fora da fralda. • Tratamento tópico: <ul style="list-style-type: none"> • Se usar creme antifúngico, garantir que seja bem absorvido antes de aplicar novo dispositivo. • Se possível, deve optar-se por uso de pó antifúngico. • Se usar pó antifúngico, remover o excesso após aplicação e fixá-lo com spray protetor. Garantir que a pele está bem seca antes de aplicar o novo dispositivo. |

| | |
|--|-------------------|
| Elaborada por: Enf.ª Joana Cereja, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica – Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação da EEESP e Mestr. [Redacted] Sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Ramos. | Nº PÁGS: 18/29 |
|--|-------------------|

Cuidados Básicos de Enfermagem à Criança com Urostomia



| | | |
|---|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Deve ser mantido o tratamento por mais sete dias após o desaparecimento de sintomas. • Em casos severos pode haver necessidade de medicação sistémica. <p>(Batalla et al, 2019; Forest-Laland et al, 2018; WOCN[®], 2016)</p> |
| Granulomas  Nota – Guia de Atención Integral al niño ostomizado, 2019, pág. 126 | <ul style="list-style-type: none"> ➢ Processos benignos da pele devido à exposição crónica a irritantes, habitualmente devido a ajuste inadequado da placa. ➢ As lesões crescem na junção mucocutânea e podem variar em cor, sangrar com facilidade e serem dolorosas. | <ul style="list-style-type: none"> • Optimizar o recorte do dispositivo, minimizando o trauma e contacto com o efluente. • Limpar com cuidado e suavemente, gerindo a dor associada. • Tratamento tóxico: <ul style="list-style-type: none"> • Aplicar nitrato de prata durante 5 segundos; • Secar muito bem; • Proteger com pó cicatrizante e/ou pasta niveladora. • Tratar uma vez por semana, durante quatro semanas. <p>(Forest-Laland et al, 2018)</p> |
| Dermatite de contacto | <ul style="list-style-type: none"> ➢ A dermatite alérgica de contacto é considerada uma ocorrência rara. É uma resposta inflamatória devido a uma | <ul style="list-style-type: none"> • Deve-se descontinuar o uso do dispositivo em uso. • Pode ser necessário o uso de tratamento anti-inflamatório local ou, se severidade elevada, encaminhamento para dermatologia. <p>(Batalla et al, 2019; Forest-Laland et al, 2018; WOCN[®], 2016)</p> |

Elaborado por: Enf.^ª Joana Cereja, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica – Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação da EEESEP e Mestre [redacted] Sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Ramos.

N.º PÁGS.

19/29

Cuidados Básicos de Enfermagem à Criança com Urostomia

| | | |
|--|---|---|
|  Nota – Guia de Atención Integral al niño ostomizado, 2019, pág. 127 | <ul style="list-style-type: none"> ➢ hipersensibilidade a elementos químicos dos dispositivos de ostomia. ➢ Os sintomas podem variar de eritema leve e prurido a flictenas graves, queimaduras, dor ou lesões severas da pele. | |
| Formação de cristais de urina  Nota – APPOstomia, 2022. https://www.appostomia.com/cuidados-con-sellos/vigilancia-de-estoma-e-pele | <ul style="list-style-type: none"> ➢ A pele peri-estoma apresenta-se espessada, esbranquiçada a acinzentada. ➢ Urina alcalina leva à produção de resíduos (cristais alcalinos). ➢ Se recorte do dispositivo inadequado, haverá fixação dos resíduos na pele peri-estoma. | <ul style="list-style-type: none"> • Verificar o recorte da placa e realizar novo molde. • Aumentar a ingestão hídrica. • Aumentar a acidez da urina, através da ingestão de alimentos ácidos. • Exemplos: maioria das carnes, pão e cereais, queijo, milho, arandos vermelhos, ovos, nozes, massas, ameixas, peixes e aves. • Evitar a ingestão de citrinos, após a sua metabolização, apresentam um resíduo alcalino. • Tratamento tóxico: <ul style="list-style-type: none"> • Realizar uma solução de água e vinagre de vinho branco (1:1); |

Elaborado por: Enf.^ª Joana Cereja, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica – Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação da EEESEP e Mestre [redacted] Sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Ramos.

N.º PÁGS.

20/29



| | | |
|--|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Aplicar com uma compressa a solução durante 15 a 20 minutos sobre os cristais; • Lavar abundantemente com água limpa; • Repetir a cada troca do dispositivo. • O vinagre dissolve os cristais depositados/incrustados na pele periestoma. <p>(Batalla et al, 2019; Forest-Laland et al, 2018; WOCN[®], 2016)</p> |
|--|--|--|

8.5.2. Complicações do estoma:

| Complicação | Descrição | Intervenção |
|----------------------|---|---|
| Isquémia/ Necrose | <ul style="list-style-type: none"> ➢ Necrose é a morte de tecido do estoma por falta de irrigação. ➢ O estoma apresenta uma coloração escura. | <ul style="list-style-type: none"> • Se a necrose for superficial – optar por tratamento conservador e local. Vigiar e monitorizar o estoma com frequência (1xturno). • Se a necrose é profunda – contactar cirurgião! <p>(Forest-Laland et al, 2018; WOCN[®], 2016)</p> |



Elaborado por: Enf.ª Joana Cereja, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica—Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação da EEESP e Mestre: [Redacted], Sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Ramos.

N.º PÁGS.
21/29

| | | |
|---|--|---|
|  <p>Nota – Guia de Atención Integral al niño ostomizado, 2019, pag. 112</p> | | |
| <p>Hemorragia</p>  <p>Nota – Guia de Atención Integral al niño ostomizado, 2019, pag. 116</p> | <ul style="list-style-type: none"> ➢ A mucosa do estoma contém pequenos vasos superficiais, o que pode levar ao sangramento superficial devido a pequenos traumas, como: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Limpeza agressiva do estoma, ➢ Trauma por atrito (dispositivo de ostomia, roupa muito justa) | <ul style="list-style-type: none"> • Hemorragias superficiais podem ser facilmente controladas com a aplicação de compressas com água fria (vasoconstricção), ou aplicando o pó cicatrizante diretamente em cima do estoma. • Hemorragias profundas e difíceis de controlar requerem uma observação pelo cirurgião. <p>(Batalla et al, 2019; Forest-Laland et al, 2018; WOCN[®], 2016)</p> |

Elaborado por: Enf.ª Joana Cereja, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica—Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação da EEESP e Mestre: [Redacted], Sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Ramos.

N.º PÁGS.
22/29

| | | |
|--|--|--|
| <p>Laceração</p>  <p>Nota – Guia de Atención Integral al niño ostomizado, 2019, pag. 118</p> | <p>➤ A laceração do estoma é um corte ou rasgo que pode ser causado por trauma ou pressão.</p> <p>➤ Apresenta-se como uma descoloração amarela ou branca na mucosa do estoma, mas também pode apresentar-se como uma área friável vermelho-escura.</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar e eliminar a causa. ▪ Medir o estoma e realizar novo molde se necessário. ▪ Alisar arestas após recorte da placa. ▪ Reforçar ensino acerca da técnica de recorte do dispositivo. ▪ Se relacionado com atividade, informar acerca de dispositivos de proteção. <p>(Batalla et al, 2019; Forest-Laland et al, 2018; WOCN®, 2016)</p> |
| <p>Estenose</p>  <p>Nota – Guia de Atención Integral al niño ostomizado, 2019, pag. 113</p> | <p>➤ A estenose é um estreitamento ou contração da abertura do estoma, que pode ocorrer ao nível da pele ou da fásia. Pode ser uma complicação precoce como tardia.</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Manter uma aderência segura dos dispositivos para evitar traumas no estoma e lesões na pele peri-estoma. ▪ A urina deve ser mantida ácida, salvo indicação em contrário. ▪ Pode haver necessidade de revisão cirúrgica. <p>(Batalla et al, 2019; Forest-Laland et al, 2018; WOCN®, 2016)</p> |

| | |
|---|-------------------------------|
| <p>Elaborado por: EnC^o Joana Cereja, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica— Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação da EEESIP e Mestre [Redacted] Sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Ramos.</p> | <p>N.º PÁGS.</p> <p>23/29</p> |
|---|-------------------------------|

| | | |
|--|---|--|
| | <p>➤ Nas urostomias pode levar à diminuição de saída de urina, dor na região de localização do estoma, grandes resíduos de urina no conduto ileal, ou infeções recorrentes do trato urinário.</p> | |
|--|---|--|

8.6. Capacitação parental

A realização de uma ostomia tem um tremendo impacto tanto na criança com estoma como na sua família. Toda a família experimentará uma mudança na sua vida cotidiana, e o impacto dessa mudança não pode ser subestimado (Forest-Laland et al, 2018).

Cada faixa etária exige uma abordagem diferente tanto, no que diz respeito à capacitação parental, como na abordagem à própria criança, devendo ainda ser respeitada a individualidade de cada criança e família.

| | |
|---|-------------------------------|
| <p>Elaborado por: EnC^o Joana Cereja, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica— Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação da EEESIP e Mestre [Redacted] Sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Ramos.</p> | <p>N.º PÁGS.</p> <p>24/29</p> |
|---|-------------------------------|

A capacitação parental é um dos princípios básicos do cuidado à criança com ostomia, pois os pais/cuidadores deverão ser autônomos nos cuidados específicos à sua criança, permitindo uma transição tranquila e segura para o domicílio. Esta capacitação parental irá ter impacto na diminuição de complicações, idas desnecessárias aos serviços de saúde, resultando na melhoria da qualidade de vida da criança e família (Batalla et al, 2019; Stetzer M, 2021).

Breves considerações acerca da intervenção de enfermagem, adequada a cada estadio de desenvolvimento psicossocial de Erikson:

| Recomendações específicas por estadio de desenvolvimento | |
|--|--|
| Estádio de desenvolvimento | Intervenção de Enfermagem |
| Estadio 1 (0-1 ano) Confiança Versus desconfiança | <ul style="list-style-type: none"> • Ensinar os cuidadores a cuidar de maneira calma e reconfortante pode gerar confiança no bebé com uma nova ostomia. • Ensinar a enfaixar o bebé, resultando num bebé aquecido, enfaixado e contido • Recomendar o uso de chucha para acalmar, sacarose e distração musical. • Demonstrar os cuidados com o estoma e pele peri-estoma. • Estimular a vinculação (método canguru, lactação/amamentação) • Envolver os pais nos cuidados com o estoma e pele peri-estoma. |

Elaborado por: Enfª Joana Cereja, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica—Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação da EEESIP e Mestre [REDACTED] Sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Ramos.

Nº PÁGS.

25/29

| | |
|---|--|
| Estadio 2 (1-3 anos) Autonomia Versus Vergonha | <ul style="list-style-type: none"> • Dar opções permissíveis em relação aos cuidados com a ostomia, dá à criança a sensação de controlo. • Usar a distração: brinquedos adequados/ brinquedo terapêutico para ensino • Usar recompensas para beneficiar os cuidados à ostomia. • Treinar com a criança a continência do sistema de eliminação intestinal. |
| Estadio 3 (3-6 anos) Iniciativa Versus Culpa | <ul style="list-style-type: none"> • Promover a manutenção da continência • Oferecer dispositivos à criança para praticar • Encorajar a esvaziar o dispositivo para a sanita com os pais ou equipa de enfermagem. • Permitir a criança remover o dispositivo com autonomia • Usar o método de distração nas crianças que não querem participar nos cuidados à ostomia. • Usar o brinquedo terapêutico para ensino à criança. |
| Estadio 4 (6 -12 anos) Diligência Versus Inferioridade | <ul style="list-style-type: none"> • Encorajar a criança a ser autónoma, especialmente a esvaziar o dispositivo • Ensino aos pais para poderem cuidar e/ou supervisionar os cuidados da criança • Valorizar positivamente as aquisições de habilidades da criança e dos pais. • Manter a privacidade |

Elaborado por: Enfª Joana Cereja, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica—Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação da EEESIP e Mestre [REDACTED] Sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Ramos.

Nº PÁGS.

26/29

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Ensinos a outros cuidadores para o pós-alta (professores, assistentes educativos, entre outros) |
| <p>Estadio 5 (12 – 19 anos) Identidade Versus Confusão</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Padrão previsível de transição: • a aceitação da realidade alterada, antecede a prontidão para a aprendizagem • o domínio das habilidades, antecede a adaptação • o adolescente é o alvo dos ensinos dos cuidados específicos • ensino aos pais/cuidadores como apoio às aprendizagens • o ensino para o autocuidado no adolescente deve ser posterior ao pós-operatório imediato • manter a independência do adolescente |

(Stetzer M, 2021; Erikson E, 1963)

| | |
|--|---------------------------|
| <p>Elaborado por: Enfª Joana Cereja, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica.—Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação da EEEESP e Mestre [REDACTED], Sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Ramos.</p> | <p>Nº PÁGS. 27/29</p> |
|--|---------------------------|

9. REFERÊNCIAS

APPOstomia (2022). Cuidados e Conselhos. Vigilância do Estoma e Pele. https://www.appostomia.com/cuidados_conselhos/vigilancia-do-estoma-e-pele.

Batalla M, González M, Romero C, Cano A, Moreno Á, Muñoz E & Cardona A (2019). Guía de Atención Integral al niño ostomizado. ISBN 978-84-09-01986-1.

DGS (2017). Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Eliminação Urinárias em Idade Pediátrica e no Adulto. Norma 012/16, atualizada a 03/03/2017.

Erikson E (1963). *Childhood and Society*. <https://www.pdfdrive.com/childhood-and-society-d185737959.html>

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

National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, National Institutes of Health (2022). <https://www.niddk.nih.gov/news/media-library/11110>

National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, National Institutes of Health (2022). <https://www.niddk.nih.gov/news/media-library/11417>

Rutledge T, Dalke S, Goritz S & Kolbe K (2017). *Ostomy Care: Caring for Children that Require Ostomy Care in a Community Program, Unified Referral and Intake System (URIS)*.

Elaborado por: Enf.ª Joana Cereja, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica—Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação da EEESIP e Mestre [REDACTED], Sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Ramos.

N.º PÁGS.

28/29

SickKids® (2022).

<https://www.aboutkidshealth.ca/Article?contentid=1024&language=English>

SickKids® (2022).

<https://www.aboutkidshealth.ca/Article?contentid=2458&language=English>

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

WOCN® (2016). Pediatric Ostomy Complications: Best Practice for Clinicians.

WOCN® (2011). Pediatric Ostomy Care. Best Practice for Clinicians.

| | |
|---|------------------|
| Elaborado por: Enf.ª Joana Cereja, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica—Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação da EEESEP e Mestre ██████████; Sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Ramos. | N.º PÁGS. |
| | 29/29 |

Apêndice XXXIX - Dossier Dispositivos de Ostomia de Eliminação
Pediátricos Comparticipados

Dispositivos de Ostomia de Eliminação Urinária Pediátricos Comparticipados



Elaborado por: Enfermeira Joana Cereja
Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem
na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica
Universidade Católica Portuguesa,
Instituto de Ciências da Saúde;
Sob a orientação da EEESIP e Mestre [REDACTED];
Sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Ramos

Dezembro de 2022

2 Índice

| | |
|--|-----|
| Introdução | 419 |
| Dispositivos de Ostomia de Eliminação Urinária | 420 |
| WELLAND | 420 |
| DISPOSITIVOS PEDIÁTRICOS..... | 420 |
| DISPOSITIVO DE 1 PEÇA UROSTOMIA..... | 421 |
| UROSTOMIA 2 PEÇAS – FIXAÇÃO MECÂNICA | 422 |
| HOLLISTER | 423 |
| DISPOSITIVOS PEDIÁTRICOS..... | 423 |
| DISPOSITIVO DE 1 PEÇA UROSTOMIA..... | 423 |
| UROSTOMIA 2 PEÇAS – FIXAÇÃO MECÂNICA | 424 |
| COLOPLAST | 426 |
| DISPOSITIVOS PEDIÁTRICOS..... | 426 |
| DISPOSITIVO DE 1 PEÇA UROSTOMIA..... | 426 |
| UROSTOMIA 2 PEÇAS – FIXAÇÃO ADESIVA | 426 |
| DISPOSITIVO DE 1 PEÇA UROSTOMIA..... | 427 |
| UROSTOMIA 2 PEÇAS – FIXAÇÃO MECÂNICA..... | 427 |
| UROSTOMIA 2 PEÇAS – FIXAÇÃO ADESIVA | 428 |
| BRAUN | 429 |
| DISPOSITIVO DE 1 PEÇA UROSTOMIA..... | 429 |
| UROSTOMIA 2 PEÇAS – FIXAÇÃO MECÂNICA..... | 429 |
| UROSTOMIA 2 PEÇAS – FIXAÇÃO ADESIVA | 430 |
| Acessórios | 431 |
| Pó cicatrizante | 431 |
| Nivelador em Anel | 432 |
| Nivelador em Tiras..... | 433 |
| Protetor Cutâneo Spray..... | 434 |
| Protetor Cutâneo Toalhitas | 435 |
| Nivelador em Pasta | 436 |
| Tiras de Fixação | 437 |
| Removedor em Spray | 438 |
| Removedor em Toalhitas | 439 |
| Saco Coletor de Urina..... | 440 |
| <i>Kit para Alta</i> | 441 |
| Referências Bibliográficas | 442 |

Introdução

Tendo por base de diagnóstico, a dificuldade que a equipa multidisciplinar revela na prescrição de dispositivos de ostomia de eliminação urinária, às crianças com ostomias urinárias não continentares, realizou-se este documento como instrumento de consulta dos dispositivos existentes no mercado com participação.

O documento encontra-se estruturado por grupo de dispositivo médico, com a respetiva descrição e referência que a equipa médica terá que usar para realizar a prescrição eletrónica.

É de salientar ainda dois aspetos muito importantes na aquisição dos dispositivos:

- Qualquer médico (Cirurgião pediátrico, Urologista, Médico de família) consegue emitir a receita eletrónica, desde que introduza as referências corretas.
- Qualquer farmácia em Portugal pode fornecer o material prescrito, embora os pais poderão ter que esperar entre 24h a 48h pela entrega do material.

Dispositivos de Ostomia de Eliminação Urinária

WELLAND

DISPOSITIVOS PEDIÁTRICOS

| Grupo Dispositivo Médico | Descrição do Dispositivo | Referência |
|--------------------------|-------------------------------------|------------|
| PEDIATRIA / FISTULAS | Saco / Pediátrico Midi Op | XSOP500 |
| | Saco / Pediátrico Mini Transparente | XNOP700 |
| | Saco Fístula / Transparentes | XPFV700 |

Figura 1 - SACO 1 PEÇA PEDIÁTRICO OPACO



Figura 2 - SACO 1 PEÇA MINI TRANSPARENTE



Figura 3 - SACO DE FÍSTULA TRANSPARENTE



DISPOSITIVO DE 1 PEÇA UROSTOMIA

Figura 4 - EXEMPLO DE SACO 1 PEÇA
BASE PLANA UROSTOMIA

| Grupo Dispositivo Médico | Descrição do Dispositivo | Referência |
|---|---------------------------|------------|
| Urostomia 1 PEÇA BASE PLANA | Saco Aurum Uro Midi | XMHUM513 |
| | Saco Aurum Plus Uro Preto | X1U1E13S |
| | Saco Aurum Plus Uro Areia | X1U1E23S |



Figura 5 - EXEMPLO DE SACO 1
PEÇA BASE CONVEXA UROSTOMIA

| Grupo Dispositivo Médico | Descrição do Dispositivo | Referência |
|---|--------------------------------------|------------|
| Urostomia 1 PEÇA BASE CONVEXA | Saco Aurum CONVEX Uro Midi | XMHNUL513 |
| | Saco Aurum PROFILE Moldável Uro Midi | XMHCUL513 |



UROSTOMIA 2 PEÇAS – FIXAÇÃO MECÂNICA

PLACAS

| Grupo Dispositivo Médico | Descrição do Dispositivo | Referência |
|-----------------------------|----------------------------|------------|
| PLACAS UROSTOMIA BASE PLANA | Placa Aurum Plana Uro 55mm | XMH2UF513 |
| | Placa Aurum Plana Uro 45mm | XMH2UF413 |

| Grupo Dispositivo Médico | Descrição do Dispositivo | Referência |
|-------------------------------|------------------------------|------------|
| PLACAS UROSTOMIA BASE CONVEXA | Placa Aurum Convexa Uro 55mm | XMH2NUF513 |
| | Placa Aurum Convexa Uro 45mm | XMH2NUF413 |

Figura 6 - EXEMPLO DE DISPOSITIVO DE 2 PEÇAS UROSTOMIA WELLAND



SACOS – 2 PEÇAS

| Grupo Dispositivo Médico | Descrição do Dispositivo | Referência |
|--------------------------|--------------------------|------------|
| SACO UROSTOMIA 2 PEÇAS | Saco Aurum Uro Maxi 55mm | XMH2U155 |
| | Saco Aurum Uro Maxi 45mm | XMH2U145 |

HOLLISTER

DISPOSITIVOS PEDIÁTRICOS

| Grupo Dispositivo Médico | Descrição do Dispositivo | Referência |
|--------------------------|---------------------------|------------|
| RECÉM-NASCIDO | Saco transparente + placa | 3778 |

Figura 7 - SACO TRANSPARENTE + PLACA RN



DISPOSITIVO DE 1 PEÇA UROSTOMIA

| Grupo Dispositivo Médico | Descrição do Dispositivo | Referência |
|--------------------------|--------------------------------|------------|
| SACO 1 PEÇA | Saco de urostomia transparente | 3797 |

Figura 8 - SACO 1 PEÇA PEDIÁTRICO UROSTOMIA



| Grupo Dispositivo Médico | Descrição do Dispositivo | Referência |
|---------------------------------|---|-------------------|
| SACO 1 PEÇA | Saco de urostomia – uma peça – base plana | 29100 |

Figura 9 - SACO 1 PEÇA BASE PLANA UROSTOMIA ADULTO

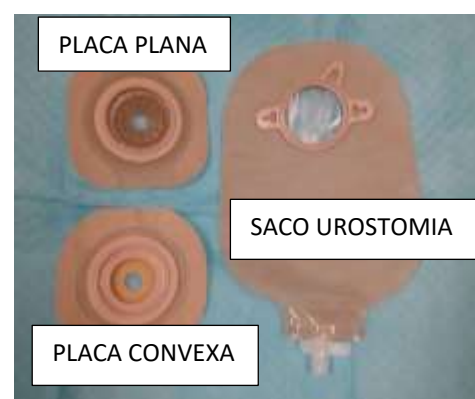


UROSTOMIA 2 PEÇAS – FIXAÇÃO MECÂNICA

PLACAS

| Grupo Dispositivo Médico | Descrição do Dispositivo | Referência |
|---------------------------------|---|-------------------|
| PLACAS UROSTOMIA BASE PLANA | Anel flutuante de 35mm, rebordo adesivo, recortável | 33500 |
| | Anel flutuante de 45mm, rebordo adesivo, recortável | 34500 |
| | Anel flutuante de 55mm, rebordo adesivo, recortável | 35500 |

Figura 100 – EXEMPLO DE DISPOSITIVO DE 2 PEÇAS UROSTOMIA HOLLISTER



| Grupo Dispositivo Médico | Descrição do Dispositivo | Referência |
|---------------------------------|---|-------------------|
| PLACAS UROSTOMIA | Anel flutuante de 45mm, rebordo adesivo, recortável | 34600 |
| BASE CONVEXA | Anel flutuante de 55mm, rebordo adesivo, recortável | 35600 |

SACOS – 2 PEÇAS

| Grupo Dispositivo Médico | Descrição do Dispositivo | Referência |
|---------------------------------|---------------------------------|-------------------|
| SACO UROSTOMIA 2 PEÇAS | Encaixe para cinto, anel 35mm | 23730 |
| | Encaixe para cinto, anel 45mm | 24730 |
| | Encaixe para cinto, anel 55mm | 25730 |

COLOPLAST

DISPOSITIVOS PEDIÁTRICOS

DISPOSITIVO DE 1 PEÇA UROSTOMIA

| Grupo Dispositivo Médico | Descrição do Dispositivo | Referência |
|--------------------------|---------------------------------|------------|
| SACO 1 PEÇA | Urostomia – Midi - Transparente | 18712 |
| | Urostomia – Midi - Opaco | 18713 |

Figura 11 - EXEMPLO DE SACO 1 PEÇA BASE PLANA UROSTOMIA PEDIÁTRICO



UROSTOMIA 2 PEÇAS – FIXAÇÃO ADESIVA

| Grupo Dispositivo Médico | Descrição do Dispositivo | Referência |
|--------------------------|---------------------------------|------------|
| SACO 2 PEÇAS | Urostomia – Midi – Opaco (27mm) | 18730 |
| SACO 2 PEÇAS | Urostomia – Midi – Opaco (35mm) | 18731 |

Figura 12- EXEMPLO DISPOSITIVO 2 PEÇAS PEDIÁTRICO



| Grupo Dispositivo Médico | Descrição do Dispositivo | Referência |
|--------------------------|--------------------------|------------|
| PLACA | ENCAIXE DE 27mm | 18735 |
| PLACA | ENCAIXE DE 35mm | 18747 |

DISPOSITIVO DE 1 PEÇA UROSTOMIA

Figura 13 - EXEMPLO DE DISPOSITIVO DE 1 PEÇA UROSTOMIA COLOPLAST

| Grupo Dispositivo Médico | Descrição do Dispositivo | Referência |
|--------------------------|---------------------------------|------------|
| SACO 1 PEÇA | Urostomia – Maxi- Opaco | 11802 |
| | Urostomia – Maxi - Transparente | 11804 |



UROSTOMIA 2 PEÇAS – FIXAÇÃO MECÂNICA

PLACAS

| Grupo Dispositivo Médico | Descrição do Dispositivo | Referência |
|-----------------------------|-------------------------------|------------|
| PLACAS UROSTOMIA BASE PLANA | Placa Plana Sensura Xpro 40mm | 10015 |
| | Placa Plana Sensura Xpro 50mm | 10025 |

| Grupo Dispositivo Médico | Descrição do Dispositivo | Referência |
|-------------------------------|---------------------------------|------------|
| PLACAS UROSTOMIA BASE CONVEXA | Placa Convexa Sensura Xpro 40mm | 11015 |
| | Placa Convexa Sensura Xpro 50mm | 11025 |

Figura 14 - EXEMPLO DISPOSITIVO 2 PEÇAS UROSTOMIA FIXAÇÃO MECÂNICA COLOPLAST



SACOS – 2 PEÇAS

| Grupo Dispositivo Médico | Descrição do Dispositivo | Referência |
|--------------------------|--------------------------|------------|
| SACO UROSTOMIA 2 PEÇAS | Saco Sensura Midi 40mm | 11851 |
| | Saco Sensura Midi 50mm | 11852 |

UROSTOMIA 2 PEÇAS – FIXAÇÃO ADESIVA

PLACAS

| Grupo Dispositivo Médico | Descrição do Dispositivo | Referência |
|-----------------------------|------------------------------------|------------|
| PLACAS UROSTOMIA BASE PLANA | Placa Plana Sensura Flex Xpro 35mm | 10104 |
| | Placa Plana Sensura Flex Xpro 50mm | 10105 |

| Grupo Dispositivo Médico | Descrição do Dispositivo | Referência |
|-------------------------------|--------------------------------------|------------|
| PLACAS UROSTOMIA BASE CONVEXA | Placa Convexa Sensura Flex Xpro 35mm | 11304 |
| | Placa Convexa Sensura Flex Xpro 50mm | 11306 |

Figura 15 - EXEMPLO DISPOSITIVO DE 2 PEÇAS UROSTOMIA FIXAÇÃO ADESIVA COLOPLAST



SACOS – 2 PEÇAS

| Grupo Dispositivo Médico | Descrição do Dispositivo | Referência |
|--------------------------|--------------------------|------------|
| SACO UROSTOMIA 2 PEÇAS | Saco Sensura Midi 35mm | 11824 |
| | Saco Sensura Midi 50mm | 11825 |

BRAUN

DISPOSITIVO DE 1 PEÇA UROSTOMIA

| Grupo Dispositivo Médico | Descrição do Dispositivo | Referência |
|---------------------------------|---------------------------------|-------------------|
| Urostomia 1 PEÇA | Saco Flexima Uro Convexo | 44919L |
| | Saco Flexima Uro Bege | 044914L |
| | Saco Flexima Uro Transparente | 044913L |

UROSTOMIA 2 PEÇAS – FIXAÇÃO MECÂNICA

PLACAS

| Grupo Dispositivo Médico | Descrição do Dispositivo | Referência |
|-----------------------------------|---------------------------------|-------------------|
| PLACAS UROSTOMIA BASE PLANA | Placa Plana Flexima 3S 45mm | 936415L |
| | Placa Plana Flexima 3S 55mm | 936515L |

| Grupo Dispositivo Médico | Descrição do Dispositivo | Referência |
|--|---------------------------------|-------------------|
| PLACAS UROSTOMIA BASE CONVEXA | Placa Convexa Flexima 3S 45mm | 937415L |
| | Placa Convexa Flexima 3S 55mm | 937515L |

Figura 16 - EXEMPLO DE DISPOSITIVO DE 2 PEÇAS UROSTOMIA FIXAÇÃO MECÂNICA BRAUN



SACOS – 2 PEÇAS

| Grupo Dispositivo Médico | Descrição do Dispositivo | Referência |
|--------------------------|--------------------------|------------|
| SACO UROSTOMIA 2 PEÇAS | Saco Flexima 3S Uro 45mm | 934045L |
| | Saco Flexima 3S Uro 55mm | 934055L |

UROSTOMIA 2 PEÇAS – FIXAÇÃO ADESIVA

PLACAS

| Grupo Dispositivo Médico | Descrição do Dispositivo | Referência |
|-----------------------------|------------------------------|------------|
| PLACAS UROSTOMIA BASE PLANA | Placa Plana Flexima Key 40mm | 62040L |
| | Placa Plana Flexima Key 50mm | 62050L |

| Grupo Dispositivo Médico | Descrição do Dispositivo | Referência |
|-------------------------------|--------------------------------|------------|
| PLACAS UROSTOMIA BASE CONVEXA | Placa Convexa Flexima Key 50mm | 62052L |

Figura 17 - EXEMPLO DE DISPOSITIVO 2 PEÇAS UROSTOMIA FIXAÇÃO ADESIVA BRAUN



SACOS – 2 PEÇAS

| Grupo Dispositivo Médico | Descrição do Dispositivo | Referência |
|--------------------------|---------------------------|------------|
| SACO UROSTOMIA 2 PEÇAS | Saco Flexima Key Uro 40mm | 62740L |
| | Saco Flexima Key Uro 50mm | 62750L |

Acessórios

Pó cicatrizante

| Grupo Dispositivo Médico | Descrição do Dispositivo | Referência |
|--------------------------|--------------------------|------------|
| PÓ CICATRIZANTE | WELLAND | WPP025 |
| | HOLLISTER | 7906 |
| | COLOPLAST | 1907 |
| | BRAUN | BBR025 |

Figura 18 - EXEMPLO DE PÓ CICATRIZANTE PARA OSTOMIA



Nivelador em Anel

| Grupo Dispositivo Médico | Descrição do Dispositivo | Referência |
|--------------------------|--------------------------|------------|
| ANEL NIVELADOR | WELLAND | XMHWA300 |
| | HOLLISTER | 7805 |
| | COLOPLAST | 12042 |
| | CONVATEC | 413504 |

Figura 19 - EXEMPLO DE ANEIS MOLDÁVEIS



Nivelador em Tiras

| Grupo Dispositivo Médico | Descrição do Dispositivo | Referência |
|---------------------------------|---------------------------------|-------------------|
| TIRAS NIVELADORAS | COLOPLAST | 2655 |

Figura 20 - EXEMPLO DE TIRAS DE FIXAÇÃO



Protetor Cutâneo Spray

| Grupo Dispositivo Médico | Descrição do Dispositivo | Referência |
|--------------------------|--------------------------|------------|
| PROTETOR CUTANEO SPRAY | WELLAND | WBS050 |
| | COLOPLAST | 12020 |
| | CONVATEC | 423288 |

Figura 21 - EXEMPLO DE PROTETOR CUTÂNEO EM SPRAY



Protetor Cutâneo Toalhas

| Grupo Dispositivo Médico | Descrição do Dispositivo | Referência |
|---------------------------------|---------------------------------|-------------------|
| PROTETOR CUTANEO TOALHITAS | WELLAND | WBS050 |
| | CONVATEC | 423282 |

Figura 22 - EXEMPLO DE PROTETOR CUTÂNEO EM TOALHITAS



Nivelador em Pasta

| Grupo Dispositivo Médico | Descrição do Dispositivo | Referência |
|---------------------------------|---------------------------------|-------------------|
| PASTA NIVELADORA | WELLAND S/ ALCOOL | WSP100 |
| | CONVATEC | 183910 |
| | HOLLISTER | 79300 |

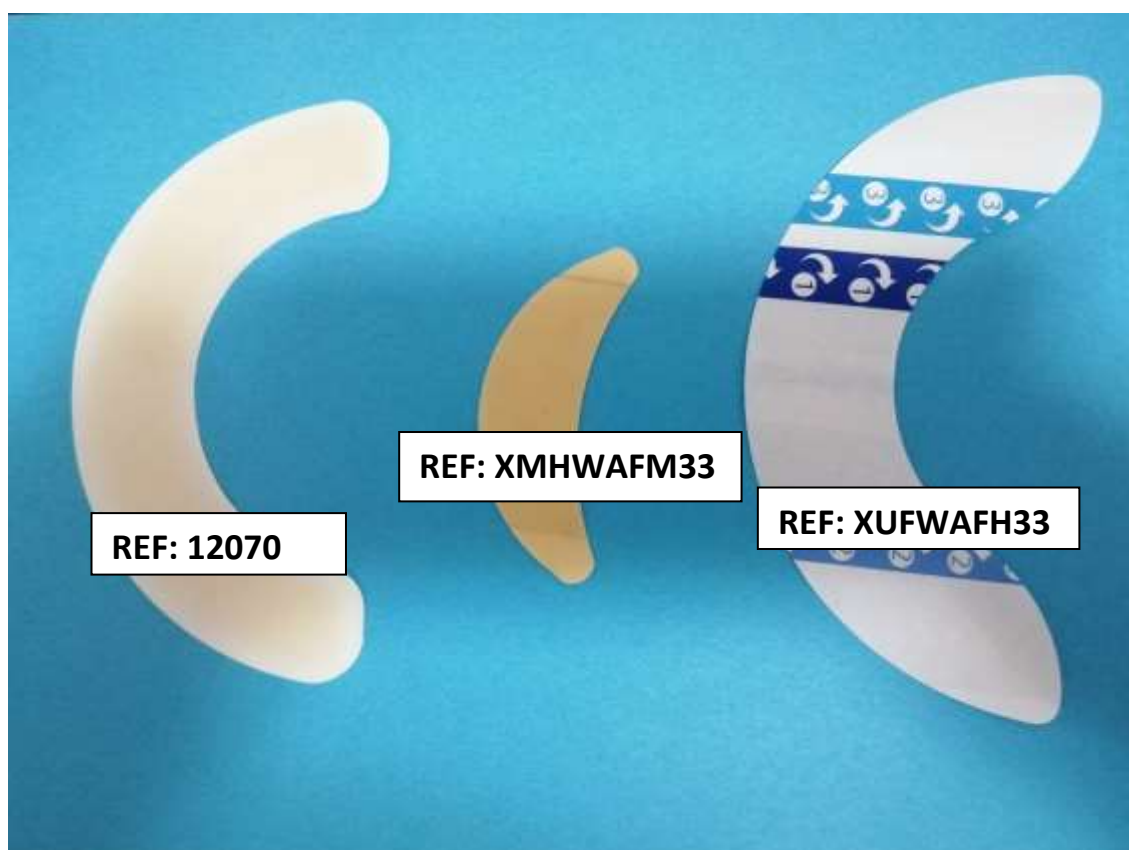
Figura 23 - EXEMPLO DE PASTA NIVELADORA



Tiras de Fixação

| Grupo Dispositivo Médico | Descrição do Dispositivo | Referência |
|---------------------------------|------------------------------------|-------------------|
| TIRAS DE FIXAÇÃO | WELLAND – Meias-luas c/ mel Mini | XMHWAFM33 |
| | WELLAND – Meias-luas transparentes | XUFWAFH33 |
| | COLOPLAST – Meias-luas | 12070 |

Figura 24 - EXEMPLO DE TIRAS DE FIXAÇÃO



Removedor em Spray

| Grupo Dispositivo Médico | Descrição do Dispositivo | Referência |
|--------------------------|--------------------------|------------|
| REMOVEDOR EM SPRAY | BRAUN | 1005-1 |
| | HOLLISTER | 7731 |
| | COLOPLAST | 12010 |
| | WELLAND | WAB050 |
| | CONVATEC | 423289 |

Figura 25 - EXEMPLO DE REMOVEDOR DE ADESIVO EM SPRAY



Removedor em Toalhas

| Grupo Dispositivo Médico | Descrição do Dispositivo | Referência |
|---------------------------------|---------------------------------|-------------------|
| REMOVEDOR DE ADESIVO EM TOALHAS | WELLAND | WAD050 |
| | CONVATEC | 423281 |

Figura 26 - EXEMPLO DE REMOVEDOR DE ADESIVO EM TOALHAS



Saco Coletor de Urina

| Grupo Dispositivo Médico | Descrição do Dispositivo | Referência |
|---------------------------------|---|-------------------|
| SACO COLETOR DE URINA | WELLAND – Saco de noite recolha de urina 2L | ND700 |
| | COLOPLAST – 350ml | 5165 |
| | COLOPLAST – 500ml | 5161 |
| | COLOPLAST – 750ml | 5167 |
| | COLOPLAST – 1500ml | 5062 |
| | BRAUN – Saco de urina | 28650 |
| | CONVATEC – Saco de urina | 401784 |

Figura 27 - EXEMPLO DE SACO COLETOR DE URINA



Kit para Alta

Composição:

- ✓ 1 tesoura pontas curvas
- ✓ Molde
- ✓ 3 a 4 dispositivos já recortados
- ✓ 1 exemplar dos acessórios (ex. pó cicatrizante, spray protetor, anéis moldáveis, etc.)
- ✓ 3 a 4 ampolas de S.F.
- ✓ 2 a 3 pacotes de compressas esterilizadas
- ✓ 1 a 2 sacos coletores de urina
- ✓ Receita com prescrição dos dispositivos

Figura 28 - EXEMPLO DE UM KIT DE ALTA



Referências Bibliográficas

INFARMED - Listagem de dispositivos médicos incluído no regime de participação previsto na Portaria n.º 284/2016(republicada pela Portaria n.º 92-F/2017). Disponível em: https://www.infarmed.pt/web/infarmed/alertas-de-seguranca?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&101_struts_action=/asset_publisher/view_content&101_assetEntryId=2092645&101_type=document&inheritRedirect=false

Apêndice XL – Checklist das Intervenções de Enfermagem: Capacitar os pais/cuidadores de Crianças com ostomias urinárias não continentes

Capacitar os pais/cuidadores de crianças com ostomias urinárias não continentes: Intervenções de Enfermagem

Esta *checklist* tem como objetivo ser um instrumento orientador para a capacitação de pais/cuidadores de crianças com ostomias urinárias não continentes.

O seu preenchimento irá facilitar a organização dos cuidados à criança e família, permitindo uma continuidade dos mesmos.

Foi elaborada seguindo as orientações da DGS (Norma nº 012/2016 de 28/10/2016 atualizada a 03/03/2017), *Guidelines* internacionais (Batalla et al., 2019; Forest-Lalande et al., 2018; Stetzer, 2021) e usando linguagem CIPE® (ICN, 2018; Ordem dos Enfermeiros, 2016).

| Intervenção de Enfermagem | | Ensinar | Instruir | Treinar | Supervisionar | Observações |
|--|--|----------------|-----------------|----------------|----------------------|--------------------|
| Conceito de urostomia | | | | | | |
| Finalidade da urostomia | | | | | | |
| Reunir Material necessário | | | | | | |
| Periodicidade de troca de dispositivos | | | | | | |
| Adequação dos dispositivos ao estoma | Medição do estoma/molde | | | | | |
| | Realização de molde | | | | | |
| | Aplicação de acessórios (pó cicatrizante, anel moldável, protetor cutâneo, etc.) | | | | | |
| Limpeza do estoma e pele peri-estoma | | | | | | |

| Intervenção de Enfermagem | | Ensinar | Instruir | Treinar | Supervisionar | Observações |
|---|---------------------------------------|---------|----------|---------|---------------|-------------|
| Técnica de adaptação dos dispositivos ao estoma | Recortar a placa | | | | | |
| | Colocar a placa/peça única | | | | | |
| | Adaptar saco coletor | | | | | |
| Despejar o saco de ostomia | | | | | | |
| Técnica de remoção de dispositivos | | | | | | |
| Observação da placa (face posterior) | | | | | | |
| Alterações/complicações da pele peri-estoma | | | | | | |
| Atuação em caso de complicações da pele peri-estoma | | | | | | |
| Alterações/complicações do estoma | | | | | | |
| Atuação em caso de complicações do estoma | | | | | | |
| Apoio profissional (Recursos para o pós alta) | Meio para a aquisição de dispositivos | | | | | |
| | Guia para os pais | | | | | |
| | Vídeo exemplificativo | | | | | |
| | Kit para alta | | | | | |

Referências Bibliográficas:

Batalla, M., González, M., Valero, C., Cano, A., Moreno, Á., Muñoz, E. & Cardona, A. (2019). Guia de Atención Integral al niño ostomizado. Edición Coloplast Productos Médicos, S.A.. Puntos de Encuentro de Ostomia.

https://elrincondelaostomia.es/wp-content/uploads/2019/01/Gu%C3%ADa_Pedi%C3%A1trica_atencion_al_ni%C3%B1o_ostomizado.pdf

DGS (2017). Norma n.º 012/2016 de 28/10/2016 atualizada a 03/03/2017. Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Eliminação Urinária em Idade Pediátrica e no Adulto. Departamento da Qualidade na Saúde.

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. https://www.coloplastprofessional.com/Global/CPOC_Paediatric_stoma_care_guidelines_A4_.pdf

International Council of Nurses [ICN] (2018). CIPE® - Português. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese_translation.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2016). CIPE® Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Edição portuguesa. https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.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.

Realizado por:

Enf.ª Joana Cereja, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica—Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação da EEESIP e Mestre [REDACTED]; Sob a orientação da Professora Dr.ª Sílvia Ramos.

Apêndice XLI - *Kit* para alta Criança com Urostomia

Kit para Alta

Composição:

- ✓ **1 tesoura pontas curvas**
- ✓ **Molde**
- ✓ **3 a 4 dispositivos já recortados**
- ✓ **1 exemplar dos acessórios (ex. pó cicatrizante, spray protetor, anéis moldáveis, etc.)**
- ✓ **3 a 4 ampolas de S.F.**
- ✓ **2 a 3 pacotes de compressas esterilizadas**
- ✓ **1 a 2 sacos coletores de urina**
- ✓ **Receita com prescrição dos dispositivos**

Figura 28 - EXEMPLO DE UM KIT DE ALTA



Apêndice XLII - Sessão de formação "Cuidados de Enfermagem à Criança com Ostomias Urinárias Não Continentes e Família"

Cuidados de Enfermagem à Criança com Ostomias Urinárias Não Continentes e Família



Enfermeira Joana Cereja

Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica—Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde;

Sob a orientação da EEESIP e Mestre [REDACTED]

Sob a orientação da Professora Doutora Sílvia Ramos

1

Sumário

Princípios dos cuidados à criança com ostomias urinárias e família

Características específicas no cuidado à criança com ostomias urinárias e família

Cuidados Básicos

Dispositivos de ostomia – Acessórios

Otimização do estoma/pele peri-estoma/cateteres

Capacitação Parental

2

Princípios dos cuidados à criança com ostomias urinárias e família



3

Princípios dos cuidados à criança com ostomias urinárias e família

NORMA

NÚMERO: 01/2016
 DATA: 28/03/2016
 SÍMBOLO: 0001/2017

TEMA: **Norma de Referência**
 Objeto: **Norma de Referência**

OBJETIVO: **Estabelecer (criar e atualizar) as Diretrizes de Educação Clínica em Saúde Pública e no Adulto**

ALCANCE: **Impressão, utilização e reprodução**

FIM: **Avaliação e melhoramento do Sistema de Saúde**

CONTACTO: **Departamento da Qualidade na Saúde (dq@saude.gov.pt)**

Guía de
**Atención
 Integral
 al niño
 ostomizado**

**Caring for Children that
 Require Ostomy Care in a
 Community Program**

Unified Referral and Intake System (URIS)
 2017

Paediatric stoma care

Global best practice guidelines for
 children, children and teenagers

Global Paediatric Stoma Nurses Advisory Board



PEDIATRIC OSTOMY CARE

BEST PRACTICE FOR CLINICIANS

4

Princípios dos cuidados à criança com ostomias urinárias e família



Características específicas no cuidado à criança com ostomias urinárias e família

- Perfil corporal
- Características da pele
- Idade/Estádio de Desenvolvimento
- Tipo de ostomia urinária
- Conforto (dor/temperatura ambiente/regulação do sono)
- Plano de cuidados parental/Capacitação parental

Perfil Corporal



Fonte: DDC, Trabalho sobre a pele, 2018

Recém-Nascido

- Abdômen curto e arredondado
- Pregas cutâneas
- Decúbito dorsal

Criança

- Maior superfície abdominal
- Maior amplitude movimentos

Adolescente

- Incluir na escolha
- Autoimagem
- Sexualidade

7

Monitorização da pele peri-estoma

- **SACS** – Não está validada para a população portuguesa
- **DET Score** – descreve a extensão e gravidade dos distúrbios da pele peri-estoma por meio de três aspetos:
Descoloração, Erosão e Tecido com crescimento excessivo.
Está validada para a população portuguesa adulta, mas **não para a população pediátrica**
- Monitorizar a pele através de registo fotográfico e guardar no processo clínico informático da criança

8

Tipo de ostomia urinária não continentes

Cutâneas

- Nefrostomia
- Ureterostomia
- Vesicostomia

Uretero-
-Entero-
-cutâneas

- Conduto ileal



Cuidados Básicos



10

Avaliação da pele peri-estoma



11

Avaliação do estoma



12

Medição do estoma

- O tamanho do estoma deve ser verificado a cada mudança de placa, especialmente nas primeiras semanas após a cirurgia.
- Existem medidores no mercado – Não são adequados à realidade das crianças.
- Realizar molde recorrendo a películas transparentes. (Involucro de compressas)



Controlo do efluente VS Escolha do dispositivo

Dispositivo de 1 peça



- Placa e saco integrados
- Flexibilidade
- Muitas pregas
- Pequeno perfil corporal

Dispositivo de 2 peças



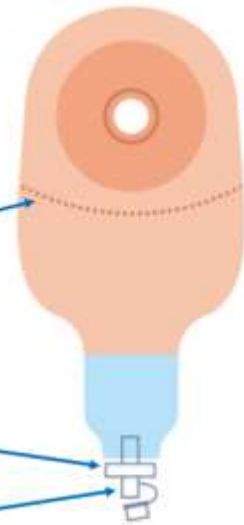
- Placa + saco
- Encaixe adesivo ou mecânico
- Melhor acesso ao estoma
- Crianças mais ativas

Características Específicas dos Dispositivos

Válvula anti refluxo

Torneira de despejo

Encaixe de ligação ao saco coletor



13



Recortar a placa

- Deve ser usada tesoura própria (pontas curvas)
- Após recorte alisar a placa para não ficar com arestas.
- O recorte da placa deve ter o diâmetro mais aproximado possível do estoma.
- Não deve ficar pele exposta.
- Se tal não se conseguir - usar anéis ou tiras para nivelar e selar essa exposição cutânea.



14

Aplicar dispositivo



- Aquecer a placa com as mãos, por meio de fricção.
- Aplicar a placa de baixo para cima!
- Após aplicada, fazer ligeira pressão sobre a placa.
- Atenção: Gestão da dor!
- Movimentos circulares do interior para a periferia
- Garantir que esta fica bem aderente.



17

Esvaziar o dispositivo

- Sempre que se encontre cheio por 1/3 da sua capacidade.
- Pode ser com alguma frequência (2/2h).
- Essencial para prevenir extravasamentos e infiltrações.



18

Remoção do dispositivo e limpeza da pele



- Remover a placa utilizando S.F./água morna (37°C)
 - Descolar gentil e suavemente de cima para baixo.
 - Escolher o momento do banho para realizar a remoção do dispositivo.
- Limpar com compressas macias.
- Secar suavemente a pele sem fricção.
- Se necessário usar removedores de adesivo.
- Atenção: – Gestão da dor!

19

Avaliação da placa

Permite ter a percepção do local de infiltração da urina:

Realizar novo molde

Adaptar a aplicação dos acessórios (nivelar a pele)



20

Cuidados com os cateteres (Nefrostomias /Urostomias)

- Limpeza com SF
- Colocação no dispositivo ficando sempre na parte superior da válvula antirrefluxo



VS



(Wound, Ostomy and Continence Nurses Society, 2016)

22

Tempo de contacto dos dispositivos

Dispositivo 1 peça

- Tempo recomendado de 24h

Dispositivo de 2 peças

- Placa 2 a 3 dias – não mais que 4 dias
- Saco diariamente



23

Dispositivos de ostomia

Acessórios



23

Removedores de Adesivo

- Formato: Toalhetas e Spray
- Deve ser usado sempre que necessário.
- Evita a tração excessiva da pele.
- Previne lesões na pele e desconforto.



24

Anéis Tiras moldáveis Pasta niveladora

- Pode ser usado para criar convexidade flexível (ex. estomas invaginados), nivelar pregas ou preencher falhas (ex. suturas operatórias).
- Anéis e Tiras - fácil de manipular, devem ser aquecidos nas mãos.
- Podem ser aplicados na pele ou na placa.



25

Pó cicatrizante



- Absorve o excesso de humidade da pele peri-estoma quando existem lesões.
- Técnica de crusting: fixar o pó (ex. Adapt stoma powder) com protetor cutâneo (ex. Sillesse).
- Pode ser misturado com a pasta para aumentar a propriedade de absorção.
- Dificuldade em remover restos de pasta - aplicar o pó por cima da pasta.
- Atenção! - Prevenção da inalação pela criança.

26

Protetores

- Formato: Toalhitas e Spray
- Deve ser usado sempre que necessário.
- Não contêm álcool.
- Formam uma película constituída por polímeros.
- Protege a pele até 72h.



27

Tiras de fixação

Ajuda na fixação da placa.

- Pode ser usado quando temos feridas na região da placa (isolar o tratamento).
- Aplicar na posição em que a criança vai permanecer grande parte do tempo – prevenção de lesões por tração.



28

Cinta



A cinta é um suporte para o dispositivo.

- Deve ser aplicada e removida de preferência sempre com a criança decúbito dorsal.
- Serve apenas para conforto e não para contenção.
- Pode ser feita à mão.

29

Otimização do estoma/pele peri-estoma

Reconhecer e saber como controlar complicações do estoma é fundamental

Existem fatores de risco que influenciam o aparecimento de complicações do estoma:

Pele frágil

Musculatura abdominal subdesenvolvida

Cirurgias emergentes em condições pouco favoráveis

Não marcação do estoma

30

Complicações mais frequentes da pele peri-estoma



Fonte: Guia de Atención Integral al niño estomizado, 2019

31

Complicações mais frequentes do estoma



Fonte: Guia de Atención Integral al niño estomizado, 2019

32

Capacitação Parental

Deve começar assim que possível!

Incluir sempre os pais nos cuidados e certificar que:

- Têm o conhecimento e a capacidade adquirida para o cuidado à ostomia de eliminação urinária.



22

Capacitação Parental - Checklist

Capacitar os pais/cuidadores de crianças com ostomias urinárias não continentais: intervenções de Enfermagem

Esta checklist tem como objetivo ser um instrumento orientador para a capacitação de pais/cuidadores de crianças com ostomias urinárias não continentais.

O seu preenchimento irá facilitar a organização dos cuidados à criança e família, permitindo uma continuidade dos mesmos.

Foi elaborada segundo as orientações da DGS (Norma nº 012/2016 de 28/10/2016 atualizada a 03/03/2017), diretrizes internacionais e usando linguagem CIPE®.

| Intervenção de Enfermagem | Ensinar | Instruir | Treinar | Supervisionar | Observações |
|--|---|----------|---------|---------------|-------------|
| Conceito de ostomia | | | | | |
| Localidade da ostomia | | | | | |
| Recursos Materiais necessários | | | | | |
| Periodicidade de troca de dispositivos | | | | | |
| Adequação dos dispositivos ao estoma | Medição do estoma/medida | | | | |
| | Avaliação de medida | | | | |
| | Aplicação de adesivos (se aplicável, adesivos especiais, adesivos colâneos, etc.) | | | | |
| Limpeza do estoma e pele peri-estoma | | | | | 24 |

Capacitação Parental - Checklist

| Intervenção de Enfermagem | | Ensinar | Instruir | Treinar | Supervisionar | Observações |
|---|---------------------------------------|---------|----------|---------|---------------|-------------|
| Técnica de adaptação dos dispositivos ao estoma | Recortar a placa | | | | | |
| | Colocar a placa/peça óvica | | | | | |
| | Adaptar saco coletor | | | | | |
| Desapegar o saco de estoma | | | | | | |
| Técnica de renovação de dispositivos | | | | | | |
| Observação da placa (face posterior) | | | | | | |
| Alterações/complicações da pele peri-estoma | | | | | | |
| Atuação em caso de complicações da pele peri-estoma | | | | | | |
| Alterações/complicações do estoma | | | | | | |
| Atuação em caso de complicações do estoma | | | | | | |
| Apoio profissional (recursos para o pH alta) | Meio para a aquisição de dispositivos | | | | | |
| | Guia para os pais | | | | | |
| | Vídeos exemplificativos | | | | | |
| | Kit para alta | | | | | 15 |

Capacitação Parental

Os pais/cuidadores devem:

- Treinar os cuidados ao estoma e serem autônomos
- Saber identificar complicações do estoma e pele peri-estoma
- Saber que dispositivo e acessórios devem usar

Capacitação Parental

Kit para Alta:

- Tesoura de pontas curvas
- Molde
- 3 a 4 dispositivos já recortados
- 1 exemplar dos acessórios (ex. pó cicatrizante, spray protetor, anéis, etc.)
- S.F.
- Compressas esterilizadas
- Saco coletor de urina
- Receita com prescrição eletrônica



41

Recurso para ensino à criança em idade escolar

Brinquedo terapêutico

Exemplificação dos cuidados no boneco com ostomia;

Promover a participação no cuidado à sua ostomia;

Desmistificação dos cuidados;

Aumento da autoconfiança;

Diminuição da ansiedade.



42



Projeto de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem

Consulta de Enfermagem de Estomaterapia:

Circuito da criança com ostomia de eliminação;

Uniformização dos cuidados à criança com ostomia e família;

Acompanhamento estruturado desde o pré-operatório até ao pós alta;

Monitorização dos cuidados à criança com ostomia e família.

Referências bibliográficas

- Antonini, M et al (2016) A revised version of the original SACS Scale for Peristomal Skin Disorders Classification. *WCET Journal*. Volume 36, N.º 3, pág. 22-29
- Batalla, M et al (2019). Guía de Atención Integral al niño ostomizado. <https://elincondelaostomia.es/wp-content/uploads/2019/01/Gu%C3%ADa-Ped%C3%A9trica-atenci%C3%B3n-al-ni%C3%B1o-ostomizado.pdf>
- DGS (2017). Norma Número: 012/2016 data: 28/10/2016 atualização 03/03/2017 - Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Eliminação Urinária em Idade Pediátrica e no Adulto. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/03/03/indicacoes-clinicas-e-intervencao-nas-ostomias-de-eliminacao-intestinal-em-idade-pediatrica-e-no-adulto/>
- Forest-Lalande, L et al (2018). Paediatric stoma care Global best practice guidelines for neonates, children and teenagers. Disponível em: https://www.coloplastprofessional.com/Global/CPOC_Paediatric_stoma_care_guidelines_A4.pdf
- INFARMED - Listagem de dispositivos médicos incluído no regime de participação previsto na Portaria n.º 284/2016 (república pela Portaria n.º 92-F/2017). Disponível em: https://www.infarmed.pt/web/infarmed/alertas-de-seguranca?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_101_struts_action=/asset_publisher/view_content&_101_assetEntryId=2092645&_101_type=document&inheritRedirect=false
- Martins, L et al (2022). The Ostomy Skin Tool 2.0: a new instrument for assessing peristomal skin changes. *British Journal of Nursing*. Vol. 31, n.º 8 (442-450) DOI: 10.12968/bjon.2022.31.8.442
- Monteiro, A et al (2020). Adapted Crusting Technique in Children with Peristomal Lesions: A Case Series. *Advances in skin & wound care*. Vol 33, (329-333) DOI: 10.1097/01.ASW.0000661788.68292.81
- WOCN (2016). *Ostomy Management – Core Curriculum*. ISBN 978-1-4511-9439-9.
- WOCN (2011). *Pediatric Ostomy Care Best Practice For Clinicians*.

49

Obrigada pela
vossa presença!

**Apêndice XLIII - Avaliação da sessão de formação no serviço de Cirurgia
Pediátrica e Queimados**

| Perguntas | DISCORA TOTALMENTE | DISCORDA | CONCORDA | CONCORDA TOTALMENTE |
|-----------|--------------------|----------|------------|---------------------|
| P.1 | 0% | 0% | 16% | 84% |
| P.2 | 0% | 0% | 11% | 89% |
| P.3 | 0% | 0% | 11% | 89% |
| P.4 | 0% | 0% | 5% | 95% |
| P.5 | 0% | 0% | 5% | 95% |
| P.6 | 0% | 0% | 5% | 95% |
| P.7 | 0% | 0% | 11% | 89% |
| P.8 | 0% | 0% | 11% | 89% |
| P.9 | 0% | 0% | 16% | 84% |
| P.10 | 0% | 0% | 16% | 84% |
| P.11 | 0% | 0% | 21% | 79% |
| | | | 11% | 89% |

| Perguntas | Insuficiente | Suficiente | Bom | Muito Bom |
|-----------|--------------|------------|-----------|------------|
| P.12 | 0% | 0% | 0% | 100% |
| P.13 | 0% | 0% | 0% | 100% |
| P.14 | 0% | 0% | 0% | 100% |
| P.15 | 0% | 0% | 11% | 89% |
| P.16 | 0% | 0% | 16% | 84% |
| P.17 | 0% | 0% | 5% | 95% |
| P.18 | 0% | 0% | 0% | 100% |
| P.19 | 0% | 0% | 0% | 100% |
| | | | 4% | 96% |

**Apêndice XLIV - Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos
Cuidados de Enfermagem**



Mestrado em Enfermagem e Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica
Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório

**Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de
Enfermagem:**

Consulta de Enfermagem de Estomaterapia Pediátrica

Regente da UC:

Prof.ª Doutora Margarida Lourenço

Docente:

Prof.ª Doutora Sílvia Ramos

Enfermeira Orientadora:

Mestre e EEESIP [REDACTED]

Discente:

Joana Cereja, n.º 192009036

Lisboa

Dezembro, 2022

Índice

| | |
|---|-----|
| INTRODUÇÃO | 473 |
| PRINCÍPIOS ESSENCIAIS..... | 473 |
| Missão | 473 |
| Visão | 474 |
| Valores..... | 474 |
| Objetivo Principal do Projeto | 475 |
| Objetivos Estratégicos..... | 475 |
| Objetivos Específicos..... | 475 |
| ACREDITAÇÃO DA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR..... | 477 |
| ENQUADRAMENTO TEÓRICO | 479 |
| DIAGNÓSTICO ATUAL DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM OSTOMIA E FAMÍLIA..... | 481 |
| CIRCUITO DA CRIANÇA E FAMÍLIA..... | 482 |
| Serviços | 482 |
| ANÁLISE ESTRATÉGICA | 483 |
| Clientes..... | 483 |
| Stakeholders..... | 483 |
| Análise SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats)..... | 484 |
| PERSPETIVA DE MELHORIA CONTÍNUA DE CUIDADOS | 485 |
| ESTRUTURA DE IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DO PROJETO | 488 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 491 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 492 |

INTRODUÇÃO

Este projeto surge no desenvolvimento dos estágios realizados neste hospital em contexto de Mestrado em Enfermagem na Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica.

Ao longo deste percurso tive a oportunidade de realizar estágio em vários contextos nomeadamente, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos e Serviço de Cirurgia/Queimados, tendo acompanhado os cuidados de enfermagem à criança com ostomia e família. Este acompanhamento, bem como a articulação com outros serviços permitiu-me realizar um diagnóstico de situação com levantamento de necessidades de melhoria, culminando nesta proposta de projeto.

Tendo em consideração que este hospital é de referência cirúrgica pediátrica, incluído em programas de acreditação da qualidade dos cuidados, proponho o desenvolvimento de um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem: Consulta de Enfermagem de Estomaterapia Pediátrica.

PRINCÍPIOS ESSENCIAIS

Este projeto visa o seu enquadramento na missão, visão, valores e objetivos estratégicos institucionais, dando ênfase ao desenvolvimento dos mesmos juntando duas áreas de intervenção muito específicas de enfermagem: enfermagem pediátrica e enfermagem de estomaterapia com vista à melhoria da qualidade e segurança dos cuidados.

Missão

A implementação deste projeto tem por missão, tal como a instituição hospitalar, prestar cuidados de saúde diferenciados, em articulação com as demais unidades prestadoras de cuidados de saúde integradas no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Pretende assegurar a cada criança e família cuidados que correspondam às suas necessidades, de acordo com as melhores práticas clínicas e numa lógica de governação

clínica, promovendo uma eficiente utilização dos recursos disponíveis, abrangendo, ainda, as áreas de investigação, ensino, prevenção e continuidade de cuidados.

Visão

Este projeto enquadra-se na visão da instituição hospitalar, que promove ensino universitário e formação pós-graduada, com elevada diferenciação científica, técnica e tecnológica, sendo reconhecida pela excelência clínica, eficácia e eficiência assumindo-se como instituição de referência.

Valores

Pretende-se com este projeto desenvolver os valores da instituição hospitalar, nomeadamente:

- Competência técnica;
- Ética profissional;
- Segurança e conforto para o doente;
- Responsabilidade e transparência;
- Cultura de serviço centrada no doente;
- Melhoria contínua da qualidade;
- Cultura de mérito, rigor e avaliação sistemática;
- Atividade orientada para resultados;
- Trabalho em equipa/multidisciplinar e pluriprofissional;
- Boas condições de trabalho.

Objetivo Principal do Projeto

- **Implementar uma Consulta de Enfermagem de Estomaterapia Pediátrica**

Objetivos Estratégicos

Os objetivos deste projeto estão intrínsecos aos objetivos estratégicos da instituição hospitalar:

- Prestar cuidados de saúde diferenciados, de qualidade, em tempo adequado, com eficiência e em ambiente humanizado;
- Intervir na prevenção da doença;
- Otimizar a utilização dos recursos disponíveis;
- Constituir-se como entidade de referência na elaboração de padrões para a prestação de cuidados de saúde diferenciados;
- Promover o ensino, a formação e a investigação nas áreas clínicas e de apoio clínico, como condição para uma prática de excelência;
- Prosseguir a melhoria contínua da qualidade no âmbito do modelo de governação clínica;
- Promover o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores através da responsabilização por resultados, instituindo uma política de incentivos à produtividade, ao desempenho e ao mérito bem como, uma política de formação contínua;
- Desenvolver programas de melhoria da eficiência operacional e da gestão clínica, tendentes a garantir o equilíbrio económico-financeiro.

Objetivos Específicos

- **Formar uma equipa de enfermagem com competências na área de enfermagem de estomaterapia para implementação da Consulta de Enfermagem de Estomaterapia Pediátrica**
 - Formar uma equipa com pelo menos dois elementos de enfermagem com competências em enfermagem de estomaterapia (tendo em conta o tempo médio para as possíveis atividades, mas desconhecendo o volume de crianças) Ordem dos Enfermeiros (2014);

- Realizar formação, com vista à atualização na área de enfermagem de estomaterapia, aos elementos da equipa;
 - Providenciar um gabinete de enfermagem, com as condições básicas, para a realização das consultas de enfermagem.
- **Formar uma equipa multidisciplinar com competências na área da estomaterapia**
- Selecionar em cada serviço de internamento e em cada área do circuito da criança e família um elemento da equipa para integrar o projeto;
 - Realizar formação na área da Estomaterapia aos vários elementos da equipa multidisciplinar;
 - Realizar normas de procedimentos em relação aos cuidados à criança com ostomia e família;
 - Realizar materiais de ensino/capacitação para a criança com ostomia e família.
- **Monitorizar os indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem**
- Inserir no aplicativo informático SClínico a Consulta de Enfermagem de Estomaterapia;
 - Realizar norma de registos de enfermagem;
 - Realizar formação acerca dos registos de enfermagem e sua monitorização.
- **Avaliar o grau de satisfação da criança e família**
- Realizar inquéritos de satisfação à criança e família.
- **Divulgar os resultados da implementação do projeto**
- Apresentar os resultados a nível da instituição de saúde;
 - Apresentar os resultados a nível nacional e internacional (Jornadas/Congressos) na área da enfermagem.

ACREDITAÇÃO DA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

Este projeto vai de encontro à filosofia institucional que está acreditada por duas entidades independentes a *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ASCA)* e *Healthcare Accreditation and Quality Unit (CHKS)*, reconhecendo a procura da excelência da qualidade e segurança dos cuidados prestados aos utentes.

O reconhecimento da prestação de cuidados de saúde de qualidade com segurança e profissionalismo, de acordo com padrões internacionais, tem como objetivo ganhar cada vez mais a confiança dos cidadãos e promover o empenho voluntário de todos os profissionais dessa instituição na melhoria contínua dos cuidados que são prestados (DGS, 2017a).

O Programa Nacional de Acreditação em Saúde, criado pelo Despacho n.º 69/2009, de 31 de agosto, aprovou o modelo ACSA, da *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía*, como modelo de acreditação para as Instituições do Serviço Nacional de Saúde, reconhecido pela Direção-Geral da Saúde (DGS), em Portugal (DGS, 2017a).

Assim, ao abrigo deste programa foi acreditado pela DGS a área da pediatria desta instituição hospitalar.

Este programa pretende evidenciar que o cidadão está, de facto, colocado no centro do sistema, respeitando-se os seus direitos, necessidades e expectativas, desenrolando-se em torno das seguintes grandes áreas:

- Acessibilidade e continuidade assistencial;
- Prática clínica;
- Segurança e qualidade;
- Organização e gestão;
- Capacidade formativa e investigação;

Todos os serviços seguem ainda as boas práticas emanadas pelas Ordens profissionais a que referem, assim como aquelas emanadas pela DGS e demais sociedades científicas nacionais e internacionais, dentro das áreas específicas.

A instituição de saúde encontra-se ainda acreditada pelo *Healthcare Accreditation and Quality Unit (CHKS)*, tendo como filosofia a qualidade dos cuidados e dos serviços prestados aos utentes, potenciando a mesma através de:

- Forte compromisso para com a melhoria contínua da segurança do utente;
- Comparação com outras unidades para fazer benchmarking do desempenho entre vários indicadores que promovam essa mesma garantia;
- Recursos bem utilizados, num ambiente físico, técnico e organizacional que permite que o melhor desempenho de cada pessoa;
- Profissionais empenhados e apoiados na promoção e concretização de uma mudança desejável;
- Promoção da melhoria contínua e do desenvolvimento pessoal, tendo por base processos de responsabilidade e responsabilização;
- Alcance das normas essenciais de boa prática.

(CHKS, 2020)

As normas gerais do CHKS, para as organizações de cuidados de saúde, agrupam-se em cinco categorias essenciais para a garantia da qualidade e melhoria da qualidade dos principais riscos e problemas de segurança dos cuidados prestados, sendo elas:

Liderança e gestão organizacional;

Risco e segurança;

Cuidados de saúde centrados no utente;

Instalações e serviços locais;

Governança de serviço.

Tendo em conta estes processos de acreditação, faz todo o sentido a existência de um programa de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem – Consulta de Enfermagem de Estomaterapia Pediátrica.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

É desconhecida em Portugal a população pediátrica com ostomias, embora exista na literatura nacional e internacional alguns estudos que relevam o aumento do número de crianças com doenças crónicas com dependência tecnológica, nas quais podemos incluir as crianças com ostomias. Estes estudos demonstram que os internamentos destas crianças são mais prolongados, onerosos e com maior probabilidade de ocorrência de morte. Salienta-se 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).

O desconhecimento epidemiológico desta população tão específica e crescente na nossa realidade, leva a que os cuidados prestados possam não ser os mais adequados às suas necessidades, nomeadamente no que diz respeito a dispositivos médicos, a ensinamentos estruturados de capacitação tanto da criança como dos pais/cuidadores, o que inevitavelmente influenciará a qualidade de vida destas crianças e família.

A criança com ostomia e sua família merecem especial relevo na prática de cuidados, mobilização de recursos específicos, e continuidade de cuidados especializados, estando estes direitos consagrados na “Convenção sobre os Direitos da Criança” no Artigo 23º alínea 2) *“o direito de beneficiar de cuidados especiais (...), na medida dos recursos disponíveis (...) adaptada ao estado da criança e à situação dos pais ou daqueles que a tiverem a seu cargo”* e artigo 24º alínea 1) *“reconhecem à criança o direito a gozar do melhor estado de saúde possível e a beneficiar de serviços médicos (...) nenhuma criança seja privada do direito de acesso a tais serviços de saúde”*. Estes direitos estão igualmente reconhecidos e destacados na “Carta da Criança Hospitalizada” nos artigos 2º, 3º, os quais

dão especial relevo ao direito à presença dos pais junto da criança hospitalizada, tendo direito à informação apropriada e à participação ativa nos cuidados ao seu filho. Por outro lado, no artigo 7º *“O Hospital deve oferecer às crianças um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afetivas e educativas, quer no aspeto do equipamento, quer no do pessoal e da segurança”*, no artigo 8º *“A equipa de saúde deve ter formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e da família”* e no artigo 9º *“A equipa de saúde deve estar organizada de modo a assegurar a continuidade dos cuidados que são prestados a cada criança”*.

Tendo em conta a especificidade do binómio criança e família, os cuidados de enfermagem devem seguir a filosofia de cuidados centrados na família, com ênfase nas interações e processos comunicacionais que lhe estão subjacentes, e que decorram em qualquer que seja o contexto de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Na procura da excelência no exercício profissional, a Ordem dos Enfermeiros (2017) elaborou enunciados descritivos referentes aos cuidados à criança e família que, com este projeto se pretende implementar, gerir e readaptar às necessidades da criança com ostomia e família: *“A satisfação da criança/jovem; A promoção da saúde; A prevenção de complicações; O bem-estar e o autocuidado; A adaptação às condições de saúde; A organização dos cuidados de enfermagem”*.

Sendo estes cuidados tão específicos uma preocupação a nível nacional, nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, por proposta conjunta do Departamento da Qualidade na Saúde e da Ordem dos Médicos e da Ordem dos Enfermeiros, a Direção-Geral da Saúde, ouvidos o INFARMED, a Administração do Sistema de Saúde, IP e os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, a Direção-Geral da Saúde emitiu em 2016 e atualizou em 2017 várias normas acerca das indicações clínicas e intervenção nas ostomias em idade pediátrica e no adulto, nas quais está bem estabelecido o acompanhamento a esta população tão especial. Deste modo, esta vigilância deverá iniciar-se no pré-operatório com um plano detalhado sobre a preparação da alta e um acompanhamento estruturado no pós-alta, nomeadamente aos 15 dias, aos 30 dias e aos 3 meses, 6 meses, 12 meses e anualmente, mantendo a monitorização e

controle clínico, não esquecendo a individualidade e especificidade de cada criança e família (DGS, 2017b; DGS, 2017c; DGS, 2017d; DGS, 2017e).

DIAGNÓSTICO ATUAL DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM OSTOMIA E FAMÍLIA

Atualmente, e de uma forma geral, a criança com ostomia e família não têm um acompanhamento no pré-operatório de forma estruturada, desmistificando o que é um estoma, promovendo a aceitação do estado de saúde bem como a aceitação da sua nova imagem corporal.

Após acompanhamento de crianças com os vários tipos de ostomia e família, percebemos que a criança com ostomia respiratória e família é de todas a que tem efetivamente uma vigilância mais estruturada na instituição. Efetivamente, existe alguma preparação no pré-operatório pela equipa médica e um grupo de trabalho institucional multiprofissional, que já desenvolveu normas multissetoriais acerca dos cuidados à criança com ostomia respiratória e família, bem como elaborou e distribuiu pelos vários serviços de internamento, consulta e urgência, recursos de saúde promotores de segurança (cartão de cabeceira com algoritmo de suporte básico e avançado de vida). Por outro lado, a criança e família, são ainda monitorizadas após a alta na consulta de otorrinolaringologia por enfermeira com competências específicas na área.

No que diz respeito às crianças com outro tipo de ostomia, apenas existem grupos pequenos de trabalho dentro de cada serviço de internamento, com dois elementos, com necessidade de atualização de conhecimentos e habilidades aos cuidados a esta população, não existindo uma norma multissetorial comum de cuidados, nem consulta de acompanhamento no pós-alta.

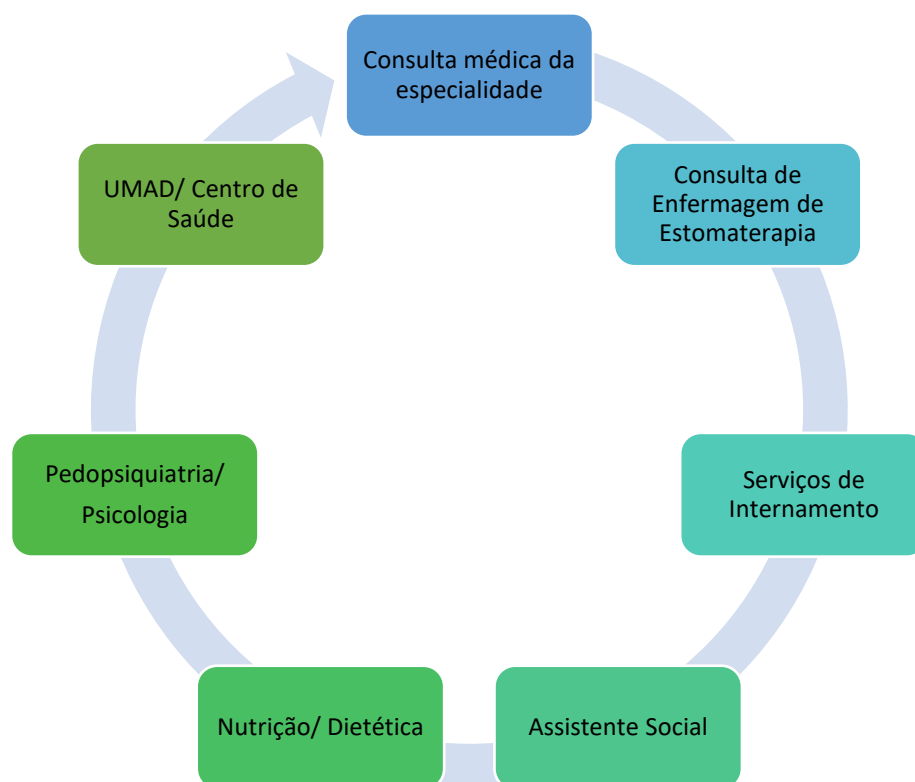
As crianças com ostomia e família, sejam de eliminação intestinal, eliminação urinária, ou digestivas, não têm um acompanhamento no início do diagnóstico, nem uma norma estruturada acerca dos cuidados no pós-operatório imediato, nem uma estrutura de ensino com vista à capacitação da criança e família, o que pode levar à ocorrência de complicações, vindas desnecessárias à instituição, bem como aumento do período de internamento. Nas situações de ostomias temporárias, a carência deste apoio manifesta-se num aumento do

tempo para a reconstrução, que se traduz num maior consumo de recursos, gastos institucionais mais elevados, com conseqüente diminuição da qualidade de vida da criança e família.

Devido à inexistência de uma Consulta de Enfermagem de Estomaterapia no SClínico, torna-se impossível conhecer com exatidão o número de crianças com ostomias que são intervencionadas e acompanhadas nesta instituição.

CIRCUITO DA CRIANÇA E FAMÍLIA

Perante o exposto a proposta vai no sentido de realizar uma Consulta de Enfermagem de Estomaterapia Pediátrica com acompanhamento iniciado no diagnóstico e mantido após a alta.



Serviços

Para que este projeto se torne uma realidade, teremos que incluir todos os serviços pelos quais a criança e família passa assim que entra na instituição, bem como a articulação após a alta, nomeadamente:

- ✓ Serviços Administrativos
 - ✓ Equipa médica de cirurgia pediátrica
 - ✓ Equipa de pediatria médica
 - ✓ Elementos de enfermagem dos vários serviços de internamento da instituição hospitalar
 - ✓ Unidade Móvel de Apoio Domiciliário (UMAD)
 - ✓ Pedopsiquiatria
 - ✓ Serviço social
 - ✓ Psicologia
 - ✓ Nutrição e Dietética
 - ✓ Centros de Saúde da área de residência da criança
- Entre outros que se considerem pertinentes.

Como tal, será importante em cada um destes serviços existir um elemento que será o elo de ligação da equipa multidisciplinar e será o dinamizador deste projeto na sua área de atuação.

ANÁLISE ESTRATÉGICA

Clientes

Todas as crianças com ostomia e família, idealmente com acompanhamento iniciado no pré-operatório e continuidade no pós-operatório.

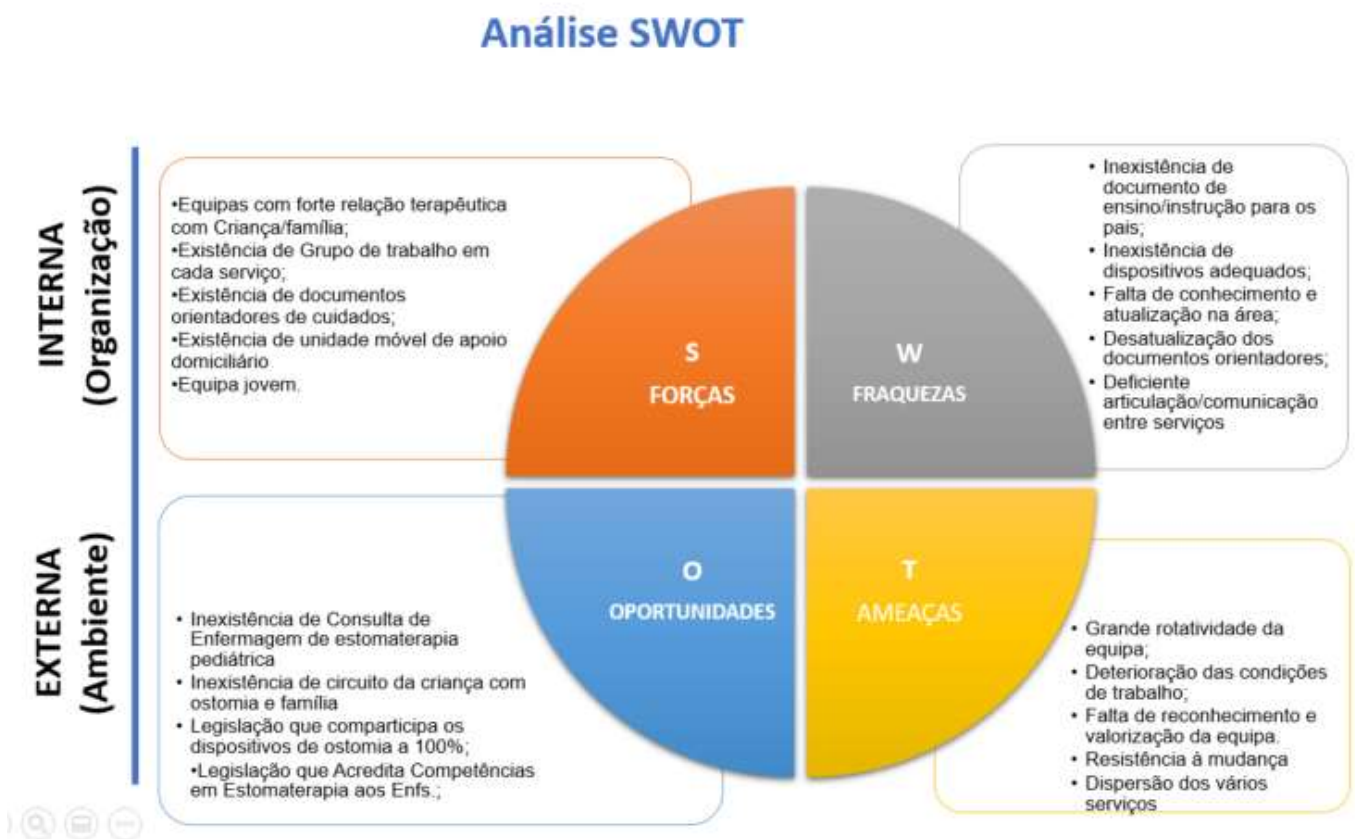
Stakeholders

Pretende-se que os principais beneficiários deste projeto sejam:

- ✓ Em primeiro lugar, as crianças e família, alvo de cuidados de enfermagem de maior qualidade;
- ✓ A equipa de enfermagem, que através dos indicadores de qualidade verá reconhecido o seu trabalho, esforço e competências;
- ✓ A instituição de saúde, pela divulgação dos cuidados de qualidade e segurança a esta população, bem como o lucro que poderá no futuro obter com a contratualização de Consultas de Enfermagem de Estomaterapia.

Análise SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats)

Para identificar as tendências relevantes para a implementação deste projeto, foi efetuada uma análise SWOT para se conhecer os pontos fortes e fracos das capacidades atuais e as oportunidades e ameaças institucionais para o seu desenvolvimento face ao contexto envolvente.



Após a realização da análise SWOT, pretendemos trabalhar as fraquezas e as ameaças, para que não sejam impeditivos da implementação do projeto.

O ponto fraco mais complexo de ultrapassar neste momento é a desmotivação dos profissionais. A estratégia para ultrapassar este ponto fraco está relacionada com o ponto fraco seguinte que é a deficiente comunicação entre serviços do circuito, sendo a **FORMAÇÃO** e o estabelecimento de canais comunicacionais simples e eficazes entre serviços essenciais na resolução dos mesmos.

Ao longo do circuito da criança e família estão profissionais com competência em Estomaterapia, nomeadamente na UCIN, UCIP, Serviço de Internamento de Cirurgia/queimados, UCERN, UMAD, pelo que teremos que envolver estes profissionais na realização de sessões de formação a outros profissionais, tornando-os elementos-chave para a implementação do projeto.

As ameaças como a resistência à mudança e a dispersão dos serviços do circuito, teriam que ser agilizadas também com DIVULGAÇÃO/FORMAÇÃO na área do projeto, para maior abertura e agilização de informação entre profissionais.

Por outro lado, temos que potenciar as forças e as oportunidades. Neste sentido, poderemos contactar os pequenos grupos já existentes em cada serviço para formar o grupo de trabalho multidisciplinar.

PERSPETIVA DE MELHORIA CONTÍNUA DE CUIDADOS

Numa perspetiva da criança e família pretendemos:

- ✓ Aumentar o grau de Satisfação da criança e família;
- ✓ Aumentar a eficiência do circuito da criança e família;
- ✓ Melhorar a qualidade dos cuidados prestados;
- ✓ Melhorar a qualidade de vida da criança e família.

Para tal, temos que realizar ações de formação à equipa multidisciplinar, divulgar os cuidados prestados e monitorizar os indicadores de qualidade dos mesmos.

A Avaliação da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Estomaterapia terá de ser realizada através dos Indicadores de qualidade de enfermagem, relativos aos focos mais utilizados nos cuidados em pediatria, tal como determina a Ordem dos Enfermeiros, através do documento Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde, cujo exemplo se demonstra a seguir (Ordem dos enfermeiros, 2007):

Indicadores de Estrutura

Horas de cuidados de enfermagem prestado (HCP/D) por dia

Indicadores de Processo

Taxa de efetividade diagnóstica do risco

Fórmula geral

$$\frac{\text{N.º de casos que desenvolveram um determinado problema real, com risco prévio documentado, num dado período}}{\text{N.º de casos que desenvolveram o problema real no mesmo período}} \times 100$$

Indicadores de resultado

Taxa de efetividade na prevenção de complicações

Fórmula geral

$$\frac{\text{N.º de casos com risco de um determinado problema ou complicação, que não os desenvolveram, e tiveram pelo menos uma intervenção documentada, num dado período}}{\text{N.º de casos com risco documentado, no mesmo período}} \times 100$$

Modificações positivas no estado dos diagnósticos de enfermagem (reais)

Fórmula geral

$$\frac{\text{N.º de casos que resolveram determinado fenómeno ou diagnóstico, e tiveram, pelo menos, uma intervenção documentada, num dado período}}{\text{N.º de casos com este fenómeno / diagnóstico, documentados, no mesmo período}} \times 100$$

Taxas de ganhos possíveis/esperados de efetividade

Fórmula geral

$$\frac{\text{N.º de casos com um determinado fenómeno / diagnóstico, que atingiu o resultado esperado, e teve pelo menos, uma intervenção documentada, num dado período}}{\text{N.º de casos com esse fenómeno / diagnóstico, documentados, no mesmo período}} \times 100$$

Indicadores epidemiológicos

Taxas de incidência

Fórmula geral

$$\frac{\text{N.º de novos casos de um determinado diagnóstico, documentados durante um dado momento / período}}{\text{População existente nesse momento / período}} \times 100$$

Taxas de prevalência

Fórmula geral

$$\frac{\text{N.º de casos de um determinado diagnóstico, documentados durante um dado momento / período}}{\text{População existente nesse momento / período}} \times 100$$

Taxas de frequência relativa

Fórmula geral

$$\frac{\text{N.º de casos com um determinado diagnóstico de enfermagem, documentados num dado período}}{\text{Total de casos (internamentos / utentes) existentes no mesmo período}} \times 100$$

(Ordem dos enfermeiros, 2007)

Na aplicação dos indicadores anteriores e tendo em conta a população pediátrica, poderá ter-se em atenção o *CORE* de focos sugerido pela Ordem dos Enfermeiros (2007), sendo estes:

- Dor
- Medo
- Parentalidade
- Tomar conta

E ainda os específicos do contexto de cuidados à criança com ostomia:

- Autocuidado
- Incontinência urinária
- Maceração
- Autoimagem

Poderão ainda ser considerados outros focos, que na prestação de cuidados seja pertinente a sua monitorização.

(ICN, 2018; Ordem dos Enfermeiros, 2016)

A existência de Normas de Registo de Enfermagem serão uma mais-valia para a realização desta monitorização, embora exista sempre a necessidade de realizar formação na perspectiva de melhorar os registos e, desta forma, obter indicadores o mais reais possíveis em relação à prestação de cuidados.

ESTRUTURA DE IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DO PROJETO

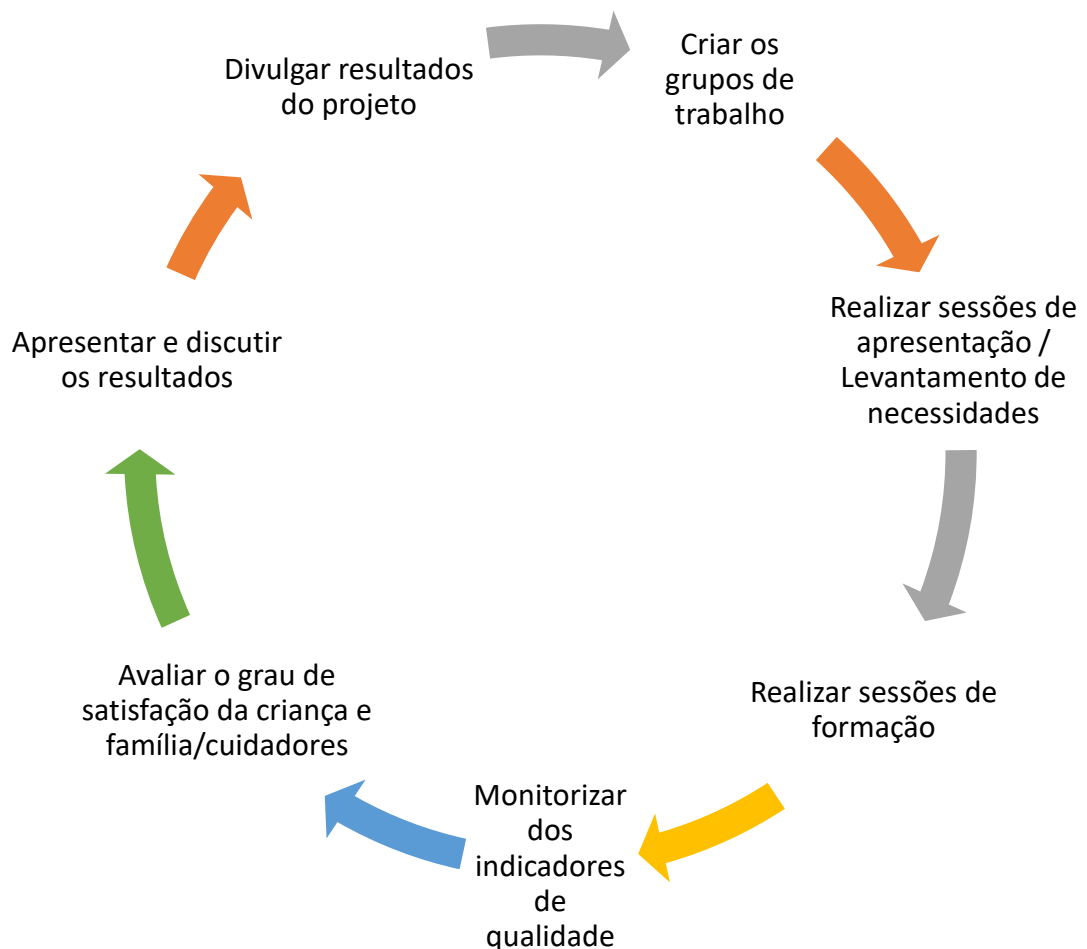
Desta forma torna-se imperativo construir um modelo de implementação e avaliação do projeto:

| Atividades | a | Quem executa | População Alvo | Periodicidade |
|--|-----------|---------------------|-------------------------|----------------------|
| Desenvolver | | | | |
| Reuniões para seleccionar profissionais para a | para os a | Equipa do Projeto | Equipa multidisciplinar | 1º trimestre |

| | | | |
|--|-------------------|--|--|
| formação da equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar | | | |
| Sessões de Apresentação do Projeto com levantamento das necessidades de formação | Equipa do Projeto | Equipa Multidisciplinar | Semestral |
| Sessões de Formação na área do Projeto | Equipa do Projeto | Equipa Multidisciplinar | Semestral |
| Monitorização dos Indicadores de Qualidade | Equipa do Projeto | Registos de Enfermagem | Consoante recomendações da Ordem dos Enfermeiros |
| Avaliação do Grau de Satisfação das Crianças e família | Equipa do Projeto | Crianças e família que integrem o circuito | Semestral |
| Apresentação e Discussão dos Indicadores de Qualidade | Equipa do Projeto | Equipa de Enfermagem | Semestral |
| Apresentação e Discussão do Grau de Satisfação das crianças e família/cuidadores | Equipa do Projeto | Equipa Multidisciplinar | Semestral |
| Divulgação do Projeto | Equipa do Projeto | Equipa Multidisciplinar/Exterior | Anual |

Este programa, apesar de estar explanado na estrutura de grelha, será mais correto demonstrá-lo graficamente como um círculo. Inicia-se o processo com a criação dos grupos de trabalho (consulta de enfermagem de estomaterapia e equipa multidisciplinar), levantamento das necessidades dos profissionais e das crianças e famílias/cuidadores; estas levarão às mudanças e a formação nas áreas sentidas como lacunas; serão posteriormente avaliadas a satisfação e indicadores de qualidade; que por sua vez levarão às mudanças necessárias para atingir o máximo da sua eficiência levando novamente à definição de novas estratégias, regressando ao início do ciclo, tal como demonstra o gráfico seguinte:

Figura 11 - Implementação e Avaliação do Projeto



Pretende-se com este tipo de abordagem que o Projeto esteja em constante avaliação das necessidades das crianças e família e dos cuidados prestados, para que a atuação da equipa

multidisciplinar possa evoluir de forma mais positiva e completa na abordagem à criança com ostomia e família.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acompanhamento da criança e família no período pré-operatório é um momento fundamental para avaliar a criança que vai ser submetida a uma ostomia e família. É com a criança e família que se efetiva um acolhimento humanizado baseado no enfermeiro de referência, que se realiza a anamnese e são abordadas as questões relativas ao tipo de cirurgia, imagem corporal da criança com ostomia, desmistificação dos dispositivos existentes no mercado, bem como são esclarecidas todas as dúvidas da criança/família/cuidador.

Cada criança é única e, portanto, apresenta peculiaridades, pelo que, é de suma importância que a equipa de enfermagem efetivamente estabeleça uma relação terapêutica com uma comunicação ativa, com a criança e família/cuidador, construindo nesta interação um plano de cuidados adequado às necessidades.

Este plano de cuidados individualizado no pré-operatório irá favorecer a capacitação parental e o autocuidado da criança, a aceitação do estado de saúde, potenciando a recuperação da criança no pós-operatório, minimizando complicações pós-operatórias e isolamentos sociais e, desta forma, promover a qualidade de vida da criança com ostomia e família.

Com a implementação deste projeto, esperamos aumentar e melhorar o acompanhamento à criança e família/cuidador numa perspetiva multidisciplinar em que estes são o alvo do cuidado, visando a melhoria contínua de cuidados, prevenindo complicações e potenciando uma melhoria da qualidade de vida.

Sabemos que irá requerer empenho e dedicação da equipa multidisciplinar, que nem sempre será fácil, tendo em conta a falta de motivação atual dos profissionais de saúde, mas esperamos conseguir ultrapassar com a demonstração/divulgação de todos os aspetos positivos e ganhos após a implementação do projeto.

A escolha da equipa responsável pelo projeto, terá que ser multidisciplinar, considerando o circuito da criança e família/cuidador. Esta será responsável por validar todas as ações e acompanhar de perto todo o processo para garantir a sua eficiência, embora todos os profissionais da instituição devam estar envolvidos, inclusive a direção desta instituição de saúde.

Desta forma, todos ficam informados e incluídos no processo de implementação, garantindo o sucesso do projeto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

CHKS (2020) Programa de Acreditação para Organizações Prestadoras de Cuidados de Saúde. *Normas gerais de acreditação*. www.chks.co.uk

██████████. Missão, Visão, Valores e Objectivos. ██████████
██████████

DGS (2017a) Manual de Standards – Unidades de Gestão Clínica. ISBN 978-972-675-265-3.

DGS (2017b). Norma número: 011/2016, atualizada a 03/03/2017 – Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias Respiratórias em Idade Pediátrica e no Adulto. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/Indicacoes-Clinicas-e-Intervencao-nas-Ostomias-Respiratorias-em-Idade-Pediatrica-e-no-Adulto.pdf>

DGS (2017c). Norma número: 012/16, atualizada a 03/03/2017 – Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Eliminação Urinárias em Idade Pediátrica e no Adulto.

<https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/Indicacoes-Clinicas-e-Intervencao-nas-Ostomias-de-Eliminacao-Urinaria-em-Idade-Pediatica-e-no-Adulto.pdf>

DGS (2017d). Norma número: 014/2016, atualizada a 03/03/2017 – Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Alimentação em Idade Pediátrica e no Adulto.

<https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/indicacoes-clinicas-e-intervencao-nas-ostomias-de-alimentacao-em-idade-pediatica-e-no-adulto.pdf>

DGS (2017e). Norma número: 015/2016, atualizada a 03/03/2017 – Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias de Eliminação Intestinal em Idade Pediátrica e no Adulto.

<https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/03/03/indicacoes-clinicas-e-intervencao-nas-ostomias-de-eliminacao-intestinal-em-idade-pediatica-e-no-adulto/>

IAC (2009). Anotações Carta da Criança Hospitalizada. <https://iacrianca.pt>.

International Council of Nurses [ICN] (2018). CIPE® - Português. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese_translation.pdf

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>.

Ordem dos Enfermeiros (2007). Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2014). Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8332/pontoquatro_norma_de_dotacoesseguras_dos_cuidados_de_enfermagem_ag_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2016). CIPE® Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Edição portuguesa.
https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Aprovado por unanimidade, sem alterações, na 4ª Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, realizada em sessão extraordinária, no dia 25 de novembro de 2017.

UNICEF (2019) Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos. Depósito Legal n.º 462471/19.

Viana, I., Silva, L., Cursino, E., Conceição, D., Goes, F. & Moraes, J. (2018). Encontro educativo da enfermagem e da família de crianças com necessidades especiais de saúde. *Texto & Contexto - Enfermagem* 27(3). <https://doi.org/10.1590/0104-070720180005720016>

ANEXOS

ANEXO I - Certificado de participação no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem com o Póster "Capacitar os pais de crianças ostomizadas para autonomia do papel parental", premiado com o 1º lugar da área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica



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



Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Associada




Palma de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal



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

PROGRAMA

| | |
|---|---|
| <p>9:00 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA</p> <p>Moderadora: Maria João Correia Ana Paramos "Direito à Esperança: Da Dimensão terapêutica da esperança à Humanização dos cuidados no adolescente hospitalizado." Filipe Ferreira "Promoção da parentalidade: Um contributo para a humanização dos cuidados." Joana Cereja "Recém-nascido com ostomias intestinais e família, como intervir para humanizar."</p> <p>10:00 – SESSÃO DE ABERTURA</p> <p>10:30 – INTERVALO</p> <p>11:00 – Conferência: "A Influência do Nervo vago em Ambientes Hostis" - Prof. Doutor Yori Gidron</p> <p>11:45 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA</p> <p>Moderadora: Ana Rita Rodrigues Isabel Pica "A escuta e a unicidade no cuidado de enfermagem humanizado." Rui Pina "Multiculturalidade: A dimensão do Cuidado Humanizado." Lúcia Pacheco Coelho "O acompanhamento ou visita alargada no outcome do doente crítico: Uma dimensão do cuidado humanizado."</p> <p>12:30 – Almoço</p> | <p>14:00 – CONFERÊNCIA "Conceito de Humanismo na disciplina e profissão de Enfermagem" - Profª Doutora Cândida Caniçã Primo</p> <p>14:45 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA</p> <p>Moderadora: Liliana Martins Casimiro Joana Costa "Bem comer para melhor crescer: Intervenção de Enfermagem de Saúde Pública em contexto escolar." Mónica dos Santos "Quem ama não agride": Intervenções de Enfermagem Especializada com adolescentes em contexto escolar." Ana Martins "Literacia em saúde sobre primeiros socorros: Capacitar a comunidade sénior para agir."</p> <p>15:45 – Apresentação de Posters</p> <p>– ENCERRAMENTO</p> <p>16:30 – MOMENTO MUSICAL</p> |
|---|---|



Palma de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal

ANEXO II - Divulgação da sessão de formação UCIN

Área de Gestão da Formação

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Cuidados de Enfermagem ao RN com ostomias intestinais e família

Nota: Com pequeno workshop acerca dos dispositivos de ostomia intestinal



DATA: 26.09.2022
HORA: 14-16h
LOCAL: Videoconferência / Sala

•FORMADORA: Enf^a Joana Cereja,
Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica—
Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação da EEESIP

Área de Gestão da Formação

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Cuidados de Enfermagem ao RN com ostomias intestinais e família



DATA: 29.09.2022
HORA: 14-15h
LOCAL: Videoconferência

•FORMADORA: Enf^a Joana Cereja,
Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica—
Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação da EEESIP

ANEXO III - Plano da sessão de formação na UCIN

FORMAÇÃO EM SERVIÇO – PLANO DE SESSÃO

Tema: Cuidados de Enfermagem ao RN com Ostomias Intestinais e Família

Local: UCIN / Videoconferência **Data:** 26 /09 /2022 e 29/ 09/ 2022 **Hora:** 14 h00

Objetivo geral: Aprofundar conhecimentos acerca dos Cuidados de Enfermagem ao RN com Ostomias intestinais e Família

Objectivos específicos:

- Rever os princípios dos cuidados ao RN com ostomia intestinal e família
- Rever e aprofundar os cuidados básicos ao estoma e pele peri-estoma
- Divulgar os recursos elaborados para promover a capacitação parental

| CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS | MÉTODOS E TÉCNICAS | RECURSOS DIDÁCTICOS | TEMPO | FORMADOR(ES) |
|---|----------------------------|------------------------|-------|--------------|
| Princípios dos cuidados ao RN com ostomia intestinal e família | Expositivo | Computador e Data Show | 3' | Joana Cereja |
| Características específicas no cuidado ao RN com ostomias intestinais e família <ul style="list-style-type: none">• Marcação do estoma• Perfil corporal• Características da pele RN• Monitorização da pele peri-estoma | Expositivo | | 5' | |
| Cuidados Básicos <ul style="list-style-type: none">• Remoção do dispositivo e limpeza da pele• Avaliação da pele• Avaliação do estoma• Avaliação da placa• Medicação do estoma | Expositivo / Demonstrativo | | 15' | |

| | | | | |
|---|----------------------------|--|-----|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Escolha do dispositivo • Recortar a placa • Aplicar dispositivo • Cuidados com a fístula mucosa • Esvaziar o dispositivo • Remoção de gases • Tempo de contacto dos dispositivos | Expositivo | | 10' | |
| <p>Dispositivos de ostomia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anéis/Tiras moldáveis • Pó cicatrizante • Protetores • Desodorizante • Espessante • Lubrificante • Cinta • Filtro • Tiras de Fixação | Expositivo | | 5' | |
| <p>Otimização dos estomas/pele peri-estomas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Complicações mais frequentes • Complicações menos frequentes | Expositivo | | 7' | |
| <p>Capacitação Parental</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Checklist</i> • Guia prático para os pais • Dossier Dispositivos de ostomia de eliminação pediátricos participados | Expositivo / Demonstrativo | | 4' | |

ANEXO IV - Formulário de avaliação da sessão de formação

FORMAÇÃO EM SERVIÇO - AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Área/Unidade/Especialidade: UCIN

Tema: Cuidados de Enfermagem ao RN com Ostomias Intestinais e Família

Ação tipo: Actualização Aprendizagem **Duração:** 60 min **Data:** 26/09/2022 e 29/09/2022

Formador(es): Joana Cereja

Coloque uma cruz (**X**) na opção que melhor expresse a sua opinião, ou seja, o seu grau de concordância para cada uma das afirmações que se seguem.

| APRECIÇÃO GLOBAL | Discorda Totalmente | Discorda | Concorda | Concorda Totalmente |
|---|---------------------|----------|----------|---------------------|
| 1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas. | | | | |
| 2. Os objectivos da formação foram atingidos. | | | | |
| 3. Para a sua actividade profissional a formação foi útil. | | | | |
| 4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos. | | | | |
| 5. A teoria foi relacionada com a prática. | | | | |
| 6. A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico. | | | | |
| 7. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes. | | | | |
| 8. A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade. | | | | |
| 9. Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida. | | | | |
| 10. A duração da formação foi adequada. | | | | |
| 11. O horário da formação foi adequado. | | | | |

Classifique os **formadores** e a **metodologia** utilizando a seguinte escala:

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

| METODOLOGIA | FORMADORES | | |
|---|--------------|-------|-------|
| | Joana Cereja | _____ | _____ |
| 12. Domínio dos conteúdos apresentados. | | | |
| 13. Facilidade de transmissão de conhecimentos. | | | |
| 14. Clareza na transmissão dos conhecimentos. | | | |
| 15. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos. | | | |
| 16. Interacção com o grupo. | | | |
| 17. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas. | | | |
| 18. Gestão do tempo. | | | |
| 19. Pontualidade. | | | |
| COMENTÁRIOS E SUGESTÕES DE MELHORIA | | | |
| | | | |

Obrigado pela sua colaboração.

ANEXO V - Material de bolso facultado à equipa de enfermagem da UCIN



ANEXO VI - Certificado de apresentação da comunicação oral, no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem

 **CATOLICA**
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
LISBOA PORTUGAL

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

CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enfermeiro(a) Joana Margarida Correia Cereja, participou e apresentou o tema "Recém nascido com Ostomias Intestinais e Família: Como Intervir para Humanizar?", em coautoria com Enfermeira Sofia Nuno, Prof. Doutora Margarida Lourenço e Prof. Doutora Sílvia Ramos, na mesa ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, 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
Amélia Simões Figueiredo, PHD, MEd, RN
Professora Associada

Palma de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal

 **CATOLICA**
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
LISBOA PORTUGAL

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

PROGRAMA

9:00 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA
Moderadora: Maria João Correia
Ana Paramos "Direito à Esperança: De Dimensão terapêutica da esperança à Humanização dos cuidados ao adolescente hospitalizado."
Filipa Ferreira "Promoção de parentalidade: Um contributo para a humanização dos cuidados."
Joana Cereja "Recém-nascido com ostomias intestinais e família, como intervir para humanizar."

10:00 – SESSÃO DE ABERTURA

10:30 – INTERVALO

11:00 – Conferência: "A Influência do Nervos vago em Ambientes Hostis" - Prof. Doutor Yori Gidron

11:45 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA
Moderadora: Ana Rita Rodrigues
Isabel Pica "A escuta e a unicidade no cuidado de enfermagem humanizado."
Rui Pina "Multiculturalidade: A dimensão do Cuidado Humanizado."
Lénia Pacheco Coelho "O acompanhamento ou visita alargada no outcome do doente crítico: Uma dimensão do cuidado humanizado."

12:30 – Almoço

14:00 – CONFERÊNCIA "Conceito de Humanismo na disciplina e profissão de Enfermagem" - Prof. Doutora Cândida Caniçali Primo

14:45 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA
Moderadora: Lúcia Martins Casimiro
Joana Costa "Sem comer para melhor crescer: Intervenção de Enfermagem de Saúde Pública em contexto escolar."
Mónica dos Santos "Quem ama não agride": Intervenções de Enfermagem Especializada com adolescentes em contexto escolar."
Ana Martins "Literacia em saúde sobre primeiros socorros: Capacitar a comunidade sénior para agir."

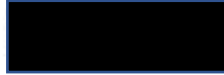
15:45 – Apresentação de Posters

– ENCERRAMENTO

16:30 – MOMENTO MUSICAL

Palma de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal

ANEXO VII – Declaração da inclusão do “SBV Pediátrico – Criança com Traqueotomia” no manual de cuidados institucional



Declaração:

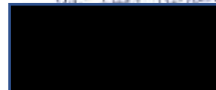
Para os devidos efeitos se declara que, a enfermeira Joana Margarida Correia Cereja, mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica—Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação do EEESiP e Mestre Luis Pereira e Sob a orientação da Professora Dr.ª Silvia Ramos, elaborou o documento “SBV pediátrico – Criança com traqueotomia”, o qual foi considerado pertinente e adequado pelo grupo de trabalho institucional “Cuidados à criança com Traqueotomia”, Tendo sido incluído no “Manual de Cuidados à Criança Com Traqueotomia” da instituição.

Lisboa, 16 de Janeiro de 2023

A responsável pelo grupo de trabalho,



Dr.ª D.ª M.ª M.ª



ANEXO VIII - Convite para participação no Congresso Nacional de Estomaterapia 2023



Joana Cereja <joana.cereja@gmail.com>

Convite para Congresso Nacional de Estomaterapia 2023

APECE - Congresso <congresso@estomaterapia-apece.pt>
Para: "joana.cereja@gmail.com" <joana.cereja@gmail.com>

30 de dezembro de 2022 às 18:41

Exm^a Senhor^a En^a
Joana Cereja

A Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados em Estomaterapia (APECE) mantém a sua aposta na partilha de conhecimentos das melhores práticas baseadas na evidência em estomaterapia. Assim encontra-se a organizar o Congresso Nacional de Estomaterapia, sob o tema "Gestão Integrada de Saberes", que se realizará nos dias 24 e 25 de fevereiro de 2023, no Centro de Congressos Hotel MH Atlântico – Praia da Consolação / Peniche.

Assim, vimos por este meio convidar Vossa Ex^a a participar no evento no dia 25 na "Mesa VII - Estomaterapia em Pediatria", que se prevê com início às 15h,45m (conforme programa provisório em anexo).

Esperando que nos honre com a sua participação, estamos disponíveis para mais informações através do endereço eletrónico: congresso@estomaterapia-apece.pt ou através do Telemóvel 914117752 (Enf.^a Cláudia Silva) ou Dora Neves (917811105).

Aproveitamos para relembrar o envio de nota curricular e questionar se necessita de dispensa laboral para o efeito. Caso necessário solicita-se a informação a quem dirigir esse pedido.

Estamos disponíveis para mais informações através do endereço,

Agradecendo, desde já, a atenção e colaboração de V.Ex.^a

Com os melhores cumprimentos,

Pe'la Comissão Organizadora
Ana Luisa Silva

ANEXO IX - Divulgação da sessão de formação UCIP

Área de Gestão da Formação

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

**Cuidados de
Enfermagem à
Criança com
Traqueotomia e
família**



Fonte imagem: <https://www.passy-muir.com/tobykids/>

DATA: 4.11.2022

HORA: 14-16h

LOCAL: Videoconferência e Sala de enfermagem

•FORMADORA: Enf^a Joana Cereja,

Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica—Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação do EESIP

ANEXO X - Plano da Sessão de formação na UCIP

FORMAÇÃO EM SERVIÇO – PLANO DE SESSÃO

Tema: Cuidados de Enfermagem à criança com Traqueotomia e Família

Local: Videoconferência e Sala de Enfermagem **Data:** 04 /10 /2022 **Hora:** 14 h00

Objetivo geral: Aprofundar conhecimentos acerca dos Cuidados de Enfermagem à criança com traqueotomia e Família

Objectivos específicos:

- Rever os princípios dos cuidados à criança com traqueotomia e família
- Rever e aprofundar os cuidados básicos à pele peri-ostomia, cânula de traqueotomia e permeabilidade das vias aéreas
- Divulgar os recursos elaborados para promover a capacitação parental

| CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS | MÉTODOS E TÉCNICAS | RECURSOS DIDÁCTICOS | TEMPO | FORMADOR(ES) |
|--|----------------------------|------------------------|-------|--------------|
| Princípios dos cuidados à criança com traqueotomia e família | Expositivo | Computador e Data Show | 3' | Joana Cereja |
| Indicações para a realização de uma traqueotomia na criança | Expositivo | | 3' | |
| Pontos chave | | | | |
| Cuidados Básicos: | | | | |
| Cuidados de Higiene com a pele periférica e estoma | Expositivo / Demonstrativo | | 25' | |
| Fixação da cânula de traqueostomia | | | | |
| Cuidados à cânula interna | | | | |
| Substituição da cânula de traqueotomia | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|-----|--|
| <p>Permeabilidade das vias aéreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Técnica de Aspiração de secreções ➤ Humidificação ➤ SBV | | | 15' | |
| <p>Capacitação Parental</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Guia prático para os pais ➤ <i>Checklist</i> ➤ Programa de Simulação para Pais/Cuidadores | | | 20' | |

ANEXO XI - Formulário da avaliação da sessão de formação UCIP

FORMAÇÃO EM SERVIÇO - AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Área/Unidade/Especialidade: UCIP

Tema: Cuidados de Enfermagem à Criança com Traqueotomia e Família

Acção tipo: Actualização Aprendizagem **Duração:** 60 min

Data 04/11/2022

Formador(es): A Joana Cereja

Coloque uma cruz (X) na opção que melhor expresse a sua opinião, ou seja, o seu grau de concordância para cada uma das afirmações que se seguem.

| APRECIACÃO GLOBAL | Discorda Totalmente | Discorda | Concorda | Concorda Totalmente |
|---|------------------------|----------|----------|------------------------|
| 1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas. | | | | |
| 2. Os objectivos da formação foram atingidos. | | | | |
| 3. Para a sua actividade profissional a formação foi útil. | | | | |
| 4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos. | | | | |
| 5. A teoria foi relacionada com a prática. | | | | |
| 6. A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico. | | | | |
| 7. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes. | | | | |
| 8. A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade. | | | | |
| 9. Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida. | | | | |
| 10. A duração da formação foi adequada. | | | | |
| 11. O horário da formação foi adequado. | | | | |

Classifique os **formadores** e a **metodologia** utilizando a seguinte escala:

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

| METODOLOGIA | FORMADORES | | |
|---|------------|-------|-------|
| | _____ | _____ | _____ |
| 12. Domínio dos conteúdos apresentados. | | | |
| 13. Facilidade de transmissão de conhecimentos. | | | |
| 14. Clareza na transmissão dos conhecimentos. | | | |
| 15. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos. | | | |
| 16. Interacção com o grupo. | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| 17. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas. | | | |
| 18. Gestão do tempo. | | | |
| 19. Pontualidade. | | | |
| COMENTÁRIOS E SUGESTÕES DE MELHORIA | | | |
| | | | |

**Obrigado pela sua
colaboração.**

ANEXO XII - Divulgação da sessão de apresentação do projeto de estágio

██████████

Área de Gestão da Formação

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Apresentação do Projeto de Estágio

Capacitar os pais/cuidadores de crianças com ostomias para a autonomia do papel parental



Fonte imagem: Banco de imagens Microsoft 365

DATA: 29.11.2022
HORA: 8:30h e 16:30h
LOCAL: Sala de enfermagem

•FORMADORA: Enfª Joana Cereja,
Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica—Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação da EEESIP ██████████

██████████

Área de Gestão da Formação

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Apresentação do Projeto de Estágio

Capacitar os pais/cuidadores de crianças com ostomias para a autonomia do papel parental



Fonte imagem: Banco de imagens Microsoft 365

DATA: 01.12.2022
HORA: 16:30h
LOCAL: Sala de enfermagem

•FORMADORA: Enfª Joana Cereja,
Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica—Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; Sob a orientação da EEESIP ██████████

ANEXO XIII - Peluche com estoma para Brinquedo Terapêutico



**ANEXO XIV - Divulgação da sessão de formação Serviço de Cirurgia
Pediátrica e Queimados**

Área de Gestão da Formação

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Sessão de Formação:

**Cuidados de Enfermagem à
Criança com Ostomias
Urinárias Não Continentes
e Família**



Fonte imagem: Banco de imagens Microsoft 365

DATA: 07.12.2022 e 13/12/2022
HORA: 14h
LOCAL: Sala de enfermagem/ZOOM

FORMADORA: Enf^a Joana Cereja,
Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade
em Saúde Infantil e Pediátrica—Universidade Católica Portuguesa, Instituto
de Ciências da Saúde; Sob a orientação da EEESIP

ANEXO XV - Plano da Sessão de formação Serviço de Cirurgia Pediátrica e Queimados

FORMAÇÃO EM SERVIÇO – PLANO DE SESSÃO

Tema: Cuidados de Enfermagem à Criança com Ostomias Urinárias Não Continentes e Família

Local: Sala de enfermagem/ZOOM **Data:** 07 /12 /2022 e 13/ 12/ 2022

Hora: 14:00h

Objetivo geral: Aprofundar conhecimentos e habilidades acerca dos cuidados à criança com ostomias urinárias não continentas e família

Objectivos específicos:

- Rever os princípios dos cuidados à criança com ostomias urinárias ed família
- Rever e aprofundar os cuidados básicos ao estoma, pele peri-estoma e cateteres
- Divulgar os recursos elaborados para promover a capacitação parental

| CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS | MÉTODOS E TÉCNICAS | RECURSOS DIDÁCTICOS | TEMPO | FORMADOR(ES) |
|---|------------------------------|---------------------|-------|--------------|
| Princípios dos cuidados à criança com ostomia urinária e família | Expositivo | Computador | 10' | Joana Cereja |
| Características específicas no cuidado à criança com ostomias urinárias e família: Perfil corporal Monitorização da pele peri-estoma Tipo de ostomia | Expositivo | | 5' | |
| Cuidados Básicos <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação da pele • Avaliação do estoma • Medicação do estoma • Escolha do dispositivo • Características específicas dos dispositivos • Recortar a placa • Aplicar dispositivo • Esvaziar o dispositivo | Expositivo/ Demonstrativo | | 10' | |

| | | | | |
|---|--------------------------------------|--|------------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Remoção do dispositivo e limpeza da pele • Avaliação da placa • Cuidados com os cateteres • Tempo de contacto dos dispositivos | | | | |
| <p>Dispositivos de ostomia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Removedores de adesivo • Anéis/Tiras moldáveis/Pasta niveladora • Pó cicatrizante • Protetores • Tiras de Fixação • Cinta | <p>Expositivo/ Demonstrativo</p> | | <p>10'</p> | |
| <p>Otimização dos estomas/pele peri-estomas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Complicações mais frequentes da pele peri-estoma • Complicações mais frequentes do estoma | <p>Expositivo/ Demonstrativo</p> | | <p>5'</p> | |
| <p>Capacitação Parental</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Checklist</i> • Guia prático para os pais/cuidadores • Dossier – Dispositivos de ostomia de eliminação urinária pediátricos compartilhados • <i>Kit</i> para Alta • Brinquedo terapêutico • Vídeo exemplificativo para crianças em idade escolar • Projeto de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem – Consulta de Enfermagem de Estomaterapia | <p>Expositivo/ Demonstrativo</p> | | <p>15'</p> | |

**ANEXO XVI - Formulário de avaliação da sessão de formação serviço de
Cirurgia Pediátrica e Queimados**

FORMAÇÃO EM SERVIÇO - AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Área/Unidade/Especialidade: Serviço de Cirurgia Pediátrica/Queimados

Tema: Cuidados de Enfermagem à Criança com ostomia urinária e Família

Acção tipo: Actualização Aprendizagem **Duração:** 60min

Data 07/12/2022 e 13/12/2022

Formador(es): A Joana Cereja

Coloque uma cruz (**X**) na opção que melhor expresse a sua opinião, ou seja, o seu grau de concordância para cada uma das afirmações que se seguem.

| APRECIACÃO GLOBAL | Discorda Totalmente | Discorda | Concorda | Concorda Totalmente |
|---|---------------------|----------|----------|---------------------|
| 1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas. | | | | |
| 2. Os objectivos da formação foram atingidos. | | | | |
| 3. Para a sua actividade profissional a formação foi útil. | | | | |
| 4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos. | | | | |
| 5. A teoria foi relacionada com a prática. | | | | |
| 6. A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico. | | | | |
| 7. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes. | | | | |
| 8. A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade. | | | | |
| 9. Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida. | | | | |
| 10. A duração da formação foi adequada. | | | | |
| 11. O horário da formação foi adequado. | | | | |

Classifique os **formadores** e a **metodologia** utilizando a seguinte escala:

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


| METODOLOGIA | FORMADORES | | |
|---|------------|-------|-------|
| | _____ | _____ | _____ |
| 12. Domínio dos conteúdos apresentados. | | | |
| 13. Facilidade de transmissão de conhecimentos. | | | |
| 14. Clareza na transmissão dos conhecimentos. | | | |
| 15. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos. | | | |
| 16. Interacção com o grupo. | | | |
| 17. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas. | | | |
| 18. Gestão do tempo. | | | |
| 19. Pontualidade. | | | |
| COMENTÁRIOS E SUGESTÕES DE MELHORIA | | | |
| | | | |

Obrigado pela sua colaboração.

ANEXO XVII - Material de bolso facultado à equipa de enfermagem do serviço de Cirurgia Pediátrica e Queimados



ANEXO XVIII - Certificado de integração da Comissão Organizadora e participação no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem

 **CATOLICA**
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
LISBOA, PORTUGAL

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

CERTIFICADO


Certifica-se que o(a) Enfermeiro(a) Joana Margarida Correia Cereja, mestranda no 15º curso do Mestrado em Enfermagem, área de saúde infantil e pediátrica, integrou a Comissão Organizadora e participou no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, 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
Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Associada

Palma de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal

 **CATOLICA**
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
LISBOA, PORTUGAL

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

PROGRAMA

9:00 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Moderadora: Maria João Correia

Ana Paramos "Direito à Esperança: Da Dimensão terapêutica da esperança à Humanização dos cuidados ao adolescente hospitalizado."
Filipa Ferreira "Promoção da parentalidade: Um contributo para a humanização dos cuidados."
Joana Cereja "Recém-nascido com ostomias intestinais e família, como intervir para humanizar."

10:00 – SESSÃO DE ABERTURA

10:30 – INTERVALO

11:00 – Conferência: "A Influência do Nervos Vago em Ambientes Hostis" - Prof. Doutor Yori Gidron

11:45 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Moderadora: Ana Rita Rodrigues

Isabel Pica "A escuta e a unicidade no cuidado de enfermagem humanizado."
Rui Pina "Multiculturalidade: A dimensão do Cuidado Humanizado."
Lénia Pacheco Coelho "O acompanhamento ou visita atargada no outcome do doente crítico: Uma dimensão do cuidado humanizado."

12:30 – Almoço

14:00 – CONFERÊNCIA "Conceito de Humanismo na disciplina e profissão de Enfermagem" - Profª Doutora Cândida Caniçal Primo

14:45 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

Moderadora: Líliana Martins Casimiro

Joana Costa "Sem comer para melhor crescer: Intervenção de Enfermagem de Saúde Pública em contexto escolar."
Mónica dos Santos "Quem ama não agride": Intervenções de Enfermagem Especializada com adolescentes em contexto escolar."
Ana Martins "Iteração em saúde sobre primeiros socorros: Capacitar a comunidade sénior para agir."

15:45 – Apresentação de Posters

– ENCERRAMENTO

16:30 – MOMENTO MUSICAL

Palma de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal