

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
JÚLIO CÉSAR DE OLIVEIRA  
MARINA DA SILVA KLEINÜBING  
MARTHA MANARA SELL**

**A ENFERMAGEM FRENTE AOS ESTRESSORES VIVENCIADOS POR  
CRIANÇAS / ADOLESCENTES E ACOMPANHANTE EM SITUAÇÃO DE  
URGÊNCIA / EMERGÊNCIA SOB A ÓTICA DE BETTY NEUMAN**

**Florianópolis**

**2007**

**JÚLIO CÉSAR DE OLIVEIRA**  
**MARINA DA SILVA KLEINÜBING**  
**MARTHA MANARA SELL**

**A ENFERMAGEM FRENTE AOS ESTRESSORES VIVENCIADOS POR  
CRIANÇAS / ADOLESCENTES E ACOMPANHANTE EM SITUAÇÃO DE  
URGÊNCIA / EMERGÊNCIA SOB A ÓTICA DE BETTY NEUMAN**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à disciplina de Enfermagem Assistencial Aplicada, de conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Edilza Maria Ribeiro  
Supervisoras: Enf<sup>ª</sup> Ana Márcia Prando  
Enf<sup>ª</sup> Nádia Texeira  
Enf<sup>ª</sup> Norma Maria Oliveira

**Florianópolis**

**2007**

**JÚLIO CÉSAR DE OLIVEIRA**  
**MARINA DA SILVA KLEINUBING**  
**MARTHA MANARA SELL**

**A ENFERMAGEM FRENTE AOS ESTRESSORES VIVENCIADOS POR  
CRIANÇAS / ADOLESCENTES E ACOMPANHANTE EM SITUAÇÃO DE  
URGÊNCIA / EMERGÊNCIA SOB A ÓTICA DE BETTY NEUMAN**

Este trabalho de conclusão da disciplina Prática Assistencial Aplicada, desenvolvido na 8ª UC do Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, requisito para integralização do referido Curso, foi avaliado e aprovado.

Banca Examinadora

Profª Orientadora Dra. Edilza Maria Ribeiro

Edilza Maria Ribeiro

Enfª Supervisoras :

Ana Márcia Prando

Ana Márcia Prando

Enfª Nádia Texeira

Nádia Texeira

Norma Maria de Oliveira

Norma Maria de Oliveira

3º Membro Profª Msc Ana Maria Farias da Silva

Ana Maria Farias da Silva

Florianópolis, fevereiro de 2007.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
Tel. (048) 231.9480 - 231.9399 Fax (048) 231.9787

DISCIPLINA:INT 5134- ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

Parecer Final do Orientador sobre o Relatório da pratica Assistencial

**TÍTULO DO RELATÓRIO:** A ENFERMAGEM FRENTE AOS ESTRESSORES VIVENCIADOS POR CRIANÇAS / ADOLESCENTES E ACOMPANHANTE EM SITUAÇÃO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA SOB A ÓTICA DE BETTY NEUMAN

**Autores acadêmicos:** Júlio César de Oliveira; Marina da Silva Kleinubing; Martha Manara Sell

**Orientador:**Edilza Maria Ribeiro

A estrutura do trabalho está bem apresentada em termos de estética, escrita e sequência lógica dos itens.

A introdução oferece uma idéia geral do trabalho e justifica a escolha da área de atuação. Os objetivos atendem aos requisitos da disciplina INT 3154.

Há revisão bibliográfica do tema escolhido e do marco conceitual

No capítulo de metodologia o local de prática é contextualizado, a população alvo explicitada, igualmente os princípios éticos adotados. O Plano de Ação está adequadamente explicitado; apresenta o cronograma desenvolvido.

O capítulo de resultados apresenta de forma clara as atividades desenvolvidas, estão relacionadas aos objetivos propostos, ao marco teórico, ao marco conceitual; a avaliação dos objetivos propostos foi efetuada. Os objetivos não atingidos foram justificados e atividades desenvolvidas e não planejadas foram apresentadas.

Nas considerações finais o trabalho apresenta dificuldades e facilidades encontradas na realização do trabalho e ainda o parecer dos autores sobre o trabalho realizado e a experiência vivida na execução do mesmo

Apresenta referências bibliográficas de acordo com a ABNT, Apêndices e Anexos suficientes e necessários

Por fim algumas partes podem ser destacadas positivamente e função de sua consistência, qualidade e potencial de contribuição para Enfermagem: o capítulo do referencial conceitual, a produção dos estressores e sua construção coletiva com a equipe de enfermagem, os processos de enfermagem, a revisão de problemas clínicos.

Edilza Maria Ribeiro

## AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de agradecer à Prof. Edilza, nossa orientadora, por ter-nos aceito como orientandos, por ter sofrido conosco, ter sobrevivido e por ter dividido cada palavras deste trabalho conosco. Obrigada!

Agradecer também à prof. Ana Maria Farias por ter aceito fazer parte da nossa banca! Muito Obrigado!

Ao Hospital Infantil Joana de Gusmão, nossa gratidão pelo acolhimento e permissão para que realizássemos nosso trabalho. Fizemos dele uma extensão de nossas casas.

Agradecer também às nossas super-supervisoras Ana Márcia Prando, Nádia Texeira e Norma de Oliveira que estiveram conosco, acompanhando de pertinho nossos passos com olhos atentos e cuidadosos. Obrigada por terem aceito que fizéssemos parte de suas vidas profissionais durante estes meses. Vocês são muito mais que supervisoras, são SUPER – mulheres – enfermeiras – amigas – professoras ...

Aos funcionários e hoje Amigos da unidade de emergência externa do HIJG. Nossa imensa e eterna gratidão pelo acolhimento, pelo carinho, pelo empenho e interesse demonstrados a todo momento em nosso trabalho. Esta vitória eh NOSSA!

Aos pacientes e seus acompanhantes na unidade de emergência do HIJG. Por teres dividido as dores e a vida conosco e ter nos proporcionado experiências inesquecíveis. Sem eles, este trabalho não aconteceria.

Por fim, agradecemos à Universidade Federal de Santa Catarina por ter-nos proporcionado, dentro do possível, uma formação acadêmica gratuita e de qualidade.

### **Júlio**

Aos meus pais João Patrício e Maria de Lourdes:

Obrigado por sempre acreditarem em minha capacidade de realizar todas as coisas que almejei e pela força para superação nos momentos mais difíceis da minha vida. A vocês, devo tudo que conquistei até hoje.

A minha esposa Luciana e minha filha Brenda:

Obrigado pela compreensão, pelo incentivo, pela paciência e principalmente pelo amor que vocês têm por mim. Sem vocês, com certeza não teria conseguido chegar até aqui. Amo vocês de todo o meu coração.

A minha irmã Vera:

Obrigado pela ajuda para voltar à faculdade, pois sem essa ajuda, tudo seria mais difícil. Você também tem uma parcela dessa conquista.

As amigas e escudeiras inseparáveis Quel e Lisi:

Obrigado por tudo que vocês fizeram por mim durante minha vida acadêmica. Nunca esquecerei de vocês, quer seja pelas risadas que foram muitas, quer seja pelas brigas que foram poucas. Vocês sempre foram especiais para mim e continuaram sendo.

Aos formandos da turma 2006-2:

Obrigado pelo acolhimento quando “caí de para quedas” em mais uma turma; vocês me deram tudo o que eu precisava para seguir adiante.

Aos mestres e funcionários desta instituição:

Obrigado pelo carinho, paciência e dedicação com que fui tratado durante todos esses anos. Vocês são a alma desta casa de ensino.

Aos amigos e colegas que agora não me lembro:

Obrigado pelos momentos vividos juntos. Se foram bons ou ruins não importam. Como já dizia o rei Roberto Carlos: “Se chorei ou se sorrir, O importante foi que emoções eu vivi”.

## **Marina**

Dedico esse trabalho aos meus pais que tanto amo, Antonio e Lizabete, pelos ensinamentos, carinho, amor, dedicação, incentivo, paciência. Por estarem presentes e dividirem comigo todos os momentos, os piores e os melhores. Por me “empurrar” quando deveria “ir” e pensei em desistir. OBRIGADA, AMO VOCÊS MAIS QUE TUDO!

À minha irmã Luíza que, apesar de todas nossas diferenças, aprendemos aceitar nossos defeitos e dividir nossas vidas. Te amo muito!

Ao Rafael, hoje meu noivo, pelo companheirismo, paciência, amizade, amor. Por termos nos escolhido para caminharmos juntos nessa estrada chamada VIDA e dividir nossos sonhos.

Às amigas mais do que Especiais, Luana e Fernanda. Que de perto ou de longe torcem por mim e dividem comigo minhas escolhas. Amo Vocês!

À minha amiga e companheira de trabalho Martha, que compartilhou comigo todos esses anos de vida acadêmica e pessoal também, me acolheu e tornou meu dia-a-dia mais do

que especial. Obrigada pela paciência, companheirismo e respeito, por saber tornar nossos desafios possíveis e únicos. A Enfermagem sem ela não seria a mesma! TE AMO AMIGA!

Enfim, a realização deste trabalho de conclusão de curso contou com a colaboração, consciente ou inconsciente, de um conjunto de pessoas, às quais agradeço eterna e sinceramente.

## **Martha**

Aos meus pais, Hamilton e Marisa, por serem meu combustível para todas as horas. Por me darem asas, me ensinarem o plano de vôo e por me lançarem do ninho com a certeza que minhas asas são fortes o suficiente para ir atrás dos meus sonhos. Eu amo vocês!

Ao meu Irmão, Fernando, por ser meu cúmplice, meu amigo e meu sorriso nos momentos de desespero. A mana te Ama!

A minha Amiga de outra vida e parceira neste trabalho, Marina Kleinübir sido a palavra sincera, o ombro amigo e o amor fraterno que encontrei na faculdade. Sem a presença dela, talvez este momento não tivesse sido tão especial. Meu eterno carinho e admiração por esta grande Mulher! Eu te Amo, Amiga!

À minha querida Amiga Vanessa Borges, por ter resistido ao “temporal” e sobrevivido ao meu lado durante toda a caminhada. Que Deus te abençoe com todo sucesso e felicidade que desejas! Um beijo cheio de amor!

Às minhas tão amadas, Elisiane Scottini e Raquel Siqueira, por terem vivenciado este trabalho de tão perto e por dividirem a sala, os desesperos e os lanches das longas tardes no Hospital Infantil. Sucesso, Meninas! Demorou mas enfim nossos caminhos se cruzaram!

Ao meu companheiro de TCC, Julio César. Sucesso pra ti, meu Amigo!

Por fim, agradeço àqueles que acreditaram que eu seria capaz e que em momento algum me desencorajaram, mesmo eu jurando que minhas limitações fossem intransponíveis!

Hoje a palavra Gratidão se torna pequena para tanto.

## RESUMO

Este trabalho é um relato da prática assistencial desenvolvida como requisito da disciplina Enfermagem Assistencial Aplicada, da 8ªUC do Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, que integraliza o referido Curso. Foi elaborado por Júlio César de Oliveira, Marina da Silva Kleinubing e Martha Manara Sell, sendo que a prática ocorreu no Hospital Infantil Joana de Gusmão no período de 06 de outubro a 08 de dezembro de 2006. A escolha do tema deu-se por termos tido ótimas vivências acadêmicas durante o estágio de emergência pediátrica da VI unidade curricular, além de experiências pessoais com hospitalização em nossa infância e principalmente pela importância da área de urgência/emergência e do papel do enfermeiro na mesma. Teve como objetivo geral prestar assistência de enfermagem à criança/adolescente hospitalizada e acompanhante, em situação de urgência/emergência, segundo a Teoria de Sistemas de Betty Neuman. Como aspectos mais importantes da Prática Assistencial desenvolvida destacam-se a elaboração de um instrumento para identificação dos estressores vivenciados pela criança/adolescente e acompanhante em situação de urgência/emergência e de um encarte com os estressores encontrados e propostas de intervenções para os mesmos. Desta experiência percebemos a importância do enfermeiro não vislumbrar a criança/adolescente e seu acompanhante como uma patologia e sim como seres humanos frente a fatores que alteram o equilíbrio do seu sistema.

**PALAVRAS-CHAVE:** criança/adolescente; acompanhante; estressores; urgência/emergência.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 - Principais causas de morte, do nascimento até os 19 anos, Brasil, 2002, mortes/100.000 habitantes .....	13
Figura 1 – Abordagem da pessoa total .....	18
Quadro 1 – O processo de Enfermagem conforme Betty Neuman .....	36
Quadro 2 - O processo de Enfermagem.....	37
Quadro 3 – Processo de Enfermagem I .....	43
Quadro 4 – Processo de Enfermagem II.....	83
Quadro 5 – Processo de Enfermagem III.....	85
Quadro 6 – Processo de Enfermagem IV .....	87
Quadro 7 – Processo de Enfermagem V.....	89
Quadro 8 – Processo de Enfermagem VI .....	93
Figura 2 – Participação da Equipe de Enfermagem .....	95
<b>Quadro 9 – Estressores e possibilidade de intervenções junto à criança/adolescente.....</b>	<b>56</b>
<b>Quadro 10 – Estressores e possibilidade de intervenções junto ao acompanhante.....</b>	<b>58</b>
Figura 3 - Planta Baixa da Emergência do HIJG .....	96
Figura 4 – Escala de Serviço de Outubro 2006 .....	97
Figura 5 – Escala de Serviço de Novembro 2006 .....	98
Quadro 11 – Escala de Férias e Licença.....	99
Figura 6 - Planilha de Passagem de Plantão dos Materiais da Emergência .....	101
Quadro 12 - Mortalidade de acordo com os tipos de lesões traumáticas em ordem de prevalência.....	113
Quadro 13 – Regra dos nove realcionada à queimaduras .....	127
Tabela 2: Manifestações clínicas de aumento da pressão intracraniana.....	133
Tabela 3 - Ganho ponderal mensal nos dois primeiros anos de vida .....	141
Tabela 4 - Evolução do peso de 0 a 2 anos.....	141
Tabela 5 - Ganho ponderal anual de 2 a 7 anos.....	141

Tabela 6 – Ganho estatural de 0 a 4 anos .....	142
Tabela 7 – Frequência cardíaca por faixa etária .....	143
Tabela 8 – Frequência respiratória por faixa etária .....	143
Tabela 9 – Temperatura por faixa etária.....	144
Tabela 10 – Pressão Arterial por Faixa Etária no Sexo Masculino .....	144
Tabela 11 – Pressão Arterial por Faixa Etária no Sexo Feminino.....	145

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
1.1 OBJETIVOS.....	15
1.2 OBJETIVO GERAL.....	15
1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
2. MARCO DE REFERÊNCIA CONCEITUAL PARA A PRÁTICA.....	17
2.1 SOBRE BETTY NEUMAN.....	17
2.2 A TEORIA DO MODELO DE SISTEMAS DE CUIDADO À SAÚDE.....	18
2.3 PRESSUPOSTOS BÁSICOS DA TEORIA DOS SISTEMAS.....	20
2.4 CONCEITOS PRINCIPAIS.....	21
2.5 CONCEITOS ADAPTADOS PARA A PRÁTICA ASSISTENCIAL.....	22
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	24
3.1 CONDIÇÕES CLÍNICAS APRESENTADAS POR CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÕES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA.....	24
3.2 ASPECTOS EMOCIONAIS DA CRIANÇA/ADOLESCENTE E ACOMPANHANTE.....	24
3.2.1 <i>O acompanhante vivenciando a hospitalização</i> .....	25
3.2.2 <i>A criança/adolescente vivenciando a hospitalização</i> .....	27
3.3 ASPECTOS CULTURAIS.....	27
3.4 ASPECTOS ESPIRITUAIS.....	28
4.METODOLOGIA.....	30
4.1 DESCRIÇÃO DO LOCAL DA PRÁTICA ASSISTENCIAL.....	30
4.1.1 <i>A Unidade de Emergência</i> .....	33
4.2 PÚBLICO ALVO.....	34
4.3 ASPECTOS ÉTICOS.....	35
4.4 PROCESSO DE ENFERMAGEM.....	36
4.5 PLANO DE AÇÃO GLOBAL EM RELAÇÃO AOS OBJETIVOS DO ESTUDO.....	38
4.6 CRONOGRAMA PARA REALIZAÇÃO DA ATIVIDADE DE PRÁTICA ASSISTENCIAL.....	42
5. DESENVOLVIMENTO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL.....	43
<i>Declaração do Objetivo 1</i> .....	43
<i>Declaração do Objetivo 2</i> .....	50
<i>Declaração do Objetivo 3</i> .....	59
<i>Declaração do Objetivo 4</i> .....	65
6.CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	68
7.REFERÊNCIAS.....	70
APÊNDICE B - INSTRUMENTO PARA IDENTIFICAÇÃO DE ESTRESSORES.....	78
APÊNDICE C – PROCESSOS DE ENFERMAGEM.....	82
APÊNDICE D - PÔSTER.....	94
APÊNDICE E – FOTO.....	94
APÊNDICE F – PLANTA BAIXA DA EMERGÊNCIA DO HIJG.....	96
APÊNDICE G – ESCALA DE SERVIÇO.....	97
APÊNDICE H – ESCALA DE FÉRIAS E LICENÇA.....	99
APÊNDICE I – TUBOS DE COLETA.....	100

APÊNDICE J – PLANILHA DE PASSAGEM DE PLANTÃO DOS MATERIAIS DA EMERGÊNCIA .....	101
ANEXO A - CONVULSÕES E EPILEPSIA .....	102
ANEXO B - DESEQUILÍBRIO HIDROELETROLÍTICO.....	106
ANEXO C - LESÕES TRAUMÁTICAS.....	113
ANEXO D - PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA.....	118
ANEXO E – CETOACIDOSE DIABÉTICA .....	122
ANEXO F – QUEIMADURAS .....	125
ANEXO G – TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO .....	130
ANEXO H - ASPECTOS DESENVOLVIMENTAIS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES.....	139
ANEXO I – TABELA DE SINAIS VITAIS.....	143
ANEXO J – ESCALA DE COMA DE GLASGOW .....	146

## 1 INTRODUÇÃO

É comum as pessoas não aceitarem a idéia de sofrimento, dor e doença na infância e adolescência, visto que esta fase remete a idealização da saúde plena e expectativas de futuro sem maiores dificuldades.

Essa expectativa não se sustenta ao observarmos a realidade, na qual ocorrem vários agravos à saúde da criança e adolescente. Dentre eles, estão as urgências/emergências pediátricas e várias outras doenças que levam à internação hospitalar.

Os pais da criança/adolescente são especialmente atingidos em uma situação de doença de seus filhos, pois passam por grandes preocupações e sofrimentos, vivenciam estresses que por vezes afetam todo o sistema familiar, rebaixando a qualidade de vida dos envolvidos.

Com freqüência, a doença e a hospitalização constituem as primeiras crises com as quais as crianças se deparam. As crianças, em especial nos primeiros anos de vida, são particularmente vulneráveis a crises de doença e hospitalização, porque possuem um número limitado de mecanismos de enfrentamento para resolver os estressores produzidos. As reações das crianças as crises são influenciadas por sua idade de desenvolvimento, sua experiência prévia com doenças, separação ou hospitalização, as habilidades de enfrentamento inatas e adquiridas, a gravidade do diagnóstico, e o sistema de suporte disponível (WONG, 1999).

Estatísticas demonstram que a cada ano morrem cerca de 12 milhões de crianças antes de chegarem aos cinco anos de idade, muitas delas durante o primeiro ano de vida, sobretudo nos países em desenvolvimento (TACSI; VENDRUSCOLO, 2004).

De acordo com Blank e Liberal (2005), as principais causas externas de mortes do nascimento a adolescência no Brasil são: transporte, quedas, submersões, queimaduras, intoxicações, suicídios, homicídios e intenção indeterminada. Na tabela abaixo são discriminadas idades e percentuais destas causas de morte.

Tabela 1 - Principais causas de morte, do nascimento até os 19 anos, Brasil, 2002, mortes/100.000 habitantes

	<1 ano	1-4 anos	5-9 anos	10-14 anos	15-19 anos
<i>Causas Externas</i>	34,9	14,8	12,2	16,5	76,8
<i>Transporte</i>	3,2	4,0	5,7	5,5	16,0
<i>Quedas</i>	1,4	0,7	0,5	0,5	0,9
<i>Submersões</i>	1,1	3,9	2,8	3,5	5,5
<i>Queimaduras</i>	1,3	0,9	0,4	0,1	0,2
<i>Intoxicações</i>	0,2	0,2	0	0	0,1
<i>Suicídios</i>	0	0	0	0,6	3,4
<i>Homicídios</i>	2,8	0,8	0,7	3,4	42,2
<i>Int. Indeterminada</i>	4,6	1,4	0,8	1,1	5,4

Fonte: Blank e Liberal (2005)

Segundo dados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) do Estado de Santa Catarina no ano de 2005 foram notificados 1465 óbitos por causas variadas na faixa etária de 0 a 14 anos, várias destas coincidindo com as causas apontadas acima. Muitas das causas de morte na infância e adolescência podem ser nomeadas como condições de urgência e emergência. Sabemos que no mesmo patamar da mortalidade encontra-se a morbidade, demonstrando a relevância da atenção de saúde nesta área.

Percebe-se que vêm sendo desenvolvidas políticas de assistência na área de urgência e emergência, como se pode constatar pela implantação de alguns serviços de pronto-atendimento, tais como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) – que em Santa Catarina foi implantado em 2005 – bem como a ampliação da unidade de emergência pediátrica do Hospital Universitário. Estes serviços vieram ampliar a estrutura material e de recursos humanos no atendimento na área da urgência/emergência.

Nos interessa porém, tratar do atendimento hospitalar de crianças e adolescentes. Um aspecto fundamental a ser considerado neste contexto assistencial de saúde é o da preparação da equipe de enfermagem. São de responsabilidade desta cuidados intensivos, reavaliação permanente, vigília e realização de procedimentos que complementem a terapêutica médica, além de registros precisos e um protocolo de ação, de forma que se integrem os cuidados médicos e de enfermagem, permitindo uma implementação e continuidade do tratamento requerido (TACSI; VENDRUSCOLO, 2004).

Já em relação as atividades assistenciais exercidas pelo enfermeiro em situações de urgência e emergência, Wehbe e Galvão (2001) citam: prestar cuidado ao paciente juntamente

com o médico; preparar e administrar medicamentos; viabilizar a execução de exames especiais e proceder a coleta; instalar sondas nasogástricas, nasoenterais e vesicais; realizar punção venosa com catéter em via calibrosa; efetuar curativos de maior complexidade; preparar instrumentos de entubação, aspiração de vias aéreas, monitoramento cardíaco, desfibrilação e auxiliar a equipe médica nos procedimentos diversos; executar a evolução do cliente e registrar no prontuário.

Os mesmos autores destacam, quanto às atividades administrativas exercidas pelo enfermeiro no setor de emergência:

- realizar estatísticas dos atendimentos ocorridos na unidade;
- liderar a equipe de enfermagem nos atendimentos aos pacientes críticos e não-críticos;
- coordenar a atividade do pessoal da recepção, limpeza e portaria;
- solucionar problemas decorrentes do atendimento médico-ambulatorial;
- alocar pessoal e recursos materiais necessários;
- realizar escala diária e mensal da equipe de enfermagem;
- controlar estoque de material;
- verificar a necessidade de manutenção de equipamentos do setor.

As atualizações de rotinas e condutas são determinantes para prestação de um bom pronto-atendimento. O conhecimento dos materiais utilizados e a disposição de fácil acesso a estes facilitam o cuidado e diminuem o tempo de risco do paciente. É papel do enfermeiro a supervisão e organização destes recursos para agilidade e eficiência no atendimento.

A atuação do enfermeiro implica organização, seqüência lógica das ações emergenciais e delegação de funções para que cada membro da equipe atue de forma sincrônica, especialmente naqueles procedimentos que são concomitantes para manter uma ventilação adequada (TACSI; VENDRUSCOLO, 2004).

Entendemos que o papel acima descrito precisa ser estendido para além do atendimento das necessidades biológicas. Uma situação que ameace a vida de crianças e adolescentes tem o potencial de gerar inúmeros estressores, de naturezas diversas, como os emocionais, sociais, os relacionados à etapa do desenvolvimento das crianças e adolescentes. Ou, referenciando uma situação da realidade, a criança com queimadura não terá apenas lesões corporais e desorganização do metabolismo. Dependendo da gravidade da situação, a família precisará de um cuidador que deixe o trabalho, sobrecarregando-se financeiramente; a criança poderá ficar acamada ou sem atividade durante meses, interferindo no seu desenvolvimento; a família poderá estar imersa em sentimentos de culpa, autoacusações, medo pela vida da criança, dor por seu sofrimento, etc.

Assim, considerando a importância da área de urgência/emergência e do papel do enfermeiro nesta área, por termos tido ótimas vivências acadêmicas durante o estágio de emergência pediátrica da VI unidade curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), além de experiências pessoais com hospitalização em nossa infância, optamos por realizar o trabalho de conclusão de curso nesta área. Projetamos um trabalho em que pudéssemos responder às exigências técnicas deste contexto e, numa perspectiva ampliada, consideramos também que ele deveria vislumbrar que a criança, o adolescente e seus acompanhantes, como seres humanos, vivenciam estressores durante as situações de urgência/emergência, que afetam seu bem-estar. Destas decisões, configuraram-se os objetivos do trabalho e o marco de referência conceitual adotado na prática, o modelo de sistemas de Betty Neuman.

## **1.2 OBJETIVOS**

### **1.2.1 OBJETIVO GERAL**

Prestar assistência de enfermagem à criança/adolescente hospitalizada e acompanhante, em situação de urgência/emergência, segundo a Teoria de Sistemas de Betty Neuman.

### **1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar e desenvolver intervenções de enfermagem para atenuar, minimizar ou eliminar os estressores que atinjam a criança/adolescente e acompanhante em situação de urgência/emergência, subsidiados pela teoria de Betty Neuman.
- Compartilhar a metodologia de assistência de enfermagem adotada com a equipe de enfermagem da unidade de emergência do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG).
- Acompanhar e colaborar na organização administrativa da unidade de emergência do HIJG e na gerência da assistência de enfermagem nas situações de urgência/emergência vivenciadas pela criança/adolescente e acompanhante.
- Ampliar os estudos relacionados às situações de urgência/emergência em pediatria, fortalecendo o desenvolvimento de uma prática sustentada teoricamente.



## 2. MARCO DE REFERÊNCIA CONCEITUAL PARA A PRÁTICA

Neste capítulo, são apresentados dados da biografia da teórica adotada para subsidiar nossa prática assistencial, Betty Neuman, além da descrição do seu “Modelo de Sistemas”, definições, pressupostos e conceitos principais. Também são apresentadas adaptações de alguns conceitos efetuados pelos acadêmicos autores deste projeto.

Pensamos como Buck (apud CROSS, 1993):

A teoria pode descrever e explicar a prática da enfermagem, bem como gerar proposições diferentes que podem ser, mais tarde, utilizadas para a pesquisa [...] assim, a teoria serve a um propósito útil para a prática e para a pesquisa futura, e pode ser preditiva.

### 2.1 SOBRE BETTY NEUMAN

Betty Neuman nasceu em Lowell, Ohio, nos Estados Unidos, em 1924. Seus primeiros estudos em enfermagem foram concluídos no Peoples Hospital School Nursing (atualmente denominado de General Hospital), em Akron, Ohio, em 1947. Recebeu seu grau de bacharel em enfermagem no ano de 1957, e o grau de Mestre em Saúde Mental e de Consultoria em Saúde Pública, da UCLA (Universidade Califórnia de Los Angeles), em 1966. Também possui um Doutorado em Psicologia Clínica (CROSS, 1993).

Foi pioneira na introdução da enfermagem no campo da Saúde Mental ao desenvolver um modelo de prática e ensino da área enquanto era docente de pós-graduação na UCLA, oferecendo um marco referencial a estudantes e permitindo uma avaliação do trabalho de enfermagem. Em 1970 criou seu modelo de sistemas de cuidado à saúde (LEOPARDI, 1999; FREESE, 2003), publicado pela primeira vez em 1972. Na década de setenta procurou melhorar a teoria, revisada numa publicação em 1989; em 1995 publicou seu modelo com mais detalhes (FREESE, 2003).

## 2.2 A TEORIA DO MODELO DE SISTEMAS DE CUIDADO À SAÚDE

Neuman construiu sua teoria baseada na teoria geral de sistemas, mas inclui conhecimentos de várias outras fontes teóricas e crenças advindas de suas experiências no campo de saúde mental. Autores dos quais adotou suas proposições foram: Bernard Max, que propõe que as propriedades das partes dependem, em certa medida do todo; Teillard de Chardin com questões filosóficas da “totalidade da vida”; Selye com a “teoria do estresse”; Caplan com a “teoria dos sistemas e dos níveis de prevenção”; Von Bertalanffy com as “teorias de campo”, além de aproveitar elementos da “Gestalt” (CROSS, 1993; LEOPARDI, 1999; FREESE, 2003).

Seu modelo utiliza um sistema aberto, caracterizando as formas de interação constante entre o meio ou o ambiente em que a “pessoa” vive e as forças internas e externas que dela são provenientes, as quais podem alterar o equilíbrio existente.

Abaixo, apresentamos dados descritivos do modelo:

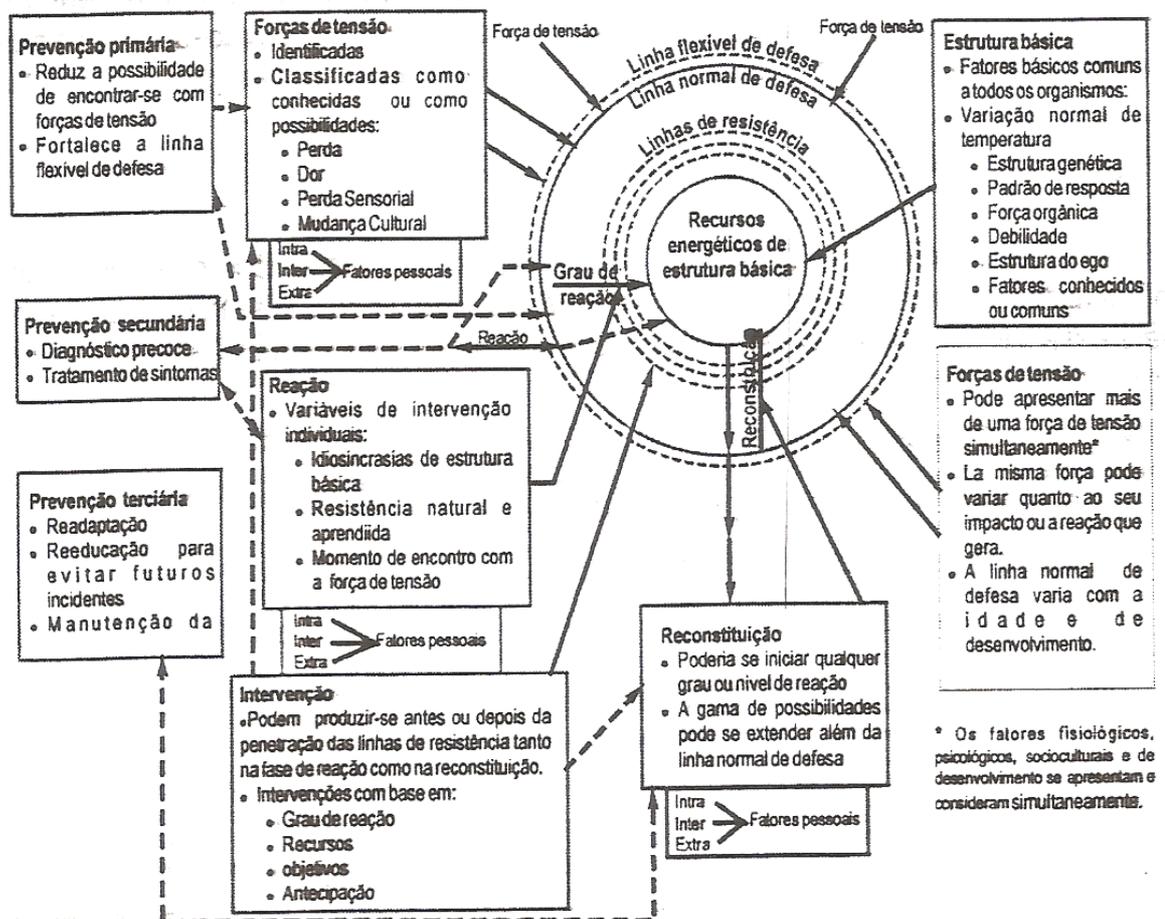


Figura 1 – Abordagem da pessoa total  
Fonte: Leopardi (1999)

A estrutura apresenta o cliente (ser humano, família, grupo, comunidade ou problema social) como um sistema relacionado com seu meio, sofrendo suas influências, adaptando-se e sendo adaptado em função de estressores internos e externos que se apresentam (FREESE, 2003).

No centro do diagrama, apresenta-se a **estrutura básica**, ou um círculo que representa os fatores básicos de sobrevivência, os recursos de energia do cliente (ser humano, família ou comunidade). Uma série de anéis concêntricos dão continuidade ao primeiro e variam em tamanho e distância com relação ao mesmo.

**Linhas de resistência** são aquelas que se apresentam em torno do anel central e representam recursos que ajudam o cliente a defender-se contra os elementos estressores.

A **linha normal de defesa** (segundo círculo de linha contínua) é basicamente aquilo que a pessoa se torna durante um período da vida – o estado normal de bem-estar ou estado estável –, e é composto por fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais que são utilizados pelo sistema para lidar com os estressores. Essa linha de defesa é tida como dinâmica, uma vez que se relaciona com a maneira pela qual um sistema se estabiliza durante um determinado período de tempo.

A **linha flexível de defesa** (linha externa pontilhada) é do tipo “sanfona” por natureza, e age como um amortecedor para a linha normal de defesa quando o ambiente é ativamente estressante, e como um “filtro, quando o ambiente oferece apoio, e serve como uma força positiva para facilitar o crescimento e o desenvolvimento” (BUCHANAN, 1987 apud CROSS, 1993). Ela também é dinâmica e pode ser modificada rapidamente, num curto período de tempo. Sua eficácia pode ser reduzida por mudanças como perda do sono, má alimentação ou quaisquer alterações nas atividades diárias (CROSS, 1993).

Os **estressores** são forças de natureza intra, inter e extra-pessoais, as quais têm potencial para quebra da estabilidade do sistema. São quaisquer eventos ou fenômenos que atingem a estrutura básica de recursos de energia e que detonam a defesa no sistema normal, flexível ou de resistência, nesta ordem, a depender da potência influenciadora sobre o sistema individual, grupal ou comunitário (LEOPARDI, 1999).

**Reação** é o grau de energia necessária para que o cliente se adapte ao elemento estressante.

**Intervenções** são ações que ajudam o cliente a reter a estabilidade do sistema (manter ou alcançar). Neuman indica **três níveis de intervenções**:

- *Prevenção primária*: pode iniciar em qualquer ponto em que o estressor é identificado. Sua meta principal é evitar que o estressor atinja a linha normal de defesa ou diminuir o seu grau de reação.

- *Prevenção secundária*: começa a ser executada quando a prevenção primária não obteve êxito e o “cliente” já apresenta reação ao estressor. Seu propósito é o de tratamento inicial de sintomas e de tentativas de fortalecimento das linhas internas de resistência para reduzir essas reações.

- *Prevenção terciária*: é a intervenção que segue a fase de prevenção secundária. Seu objetivo principal consiste em reforçar a resistência aos estressores para prevenir a recorrência da reação ou regressão. Visa enfim que o cliente recupere a estabilidade ótima do sistema.

A **reconstituição** é o estado de adaptação aos elementos estressores em um entorno interno ou externo, e pode começar em qualquer grau ou nível de reação, podendo prosseguir para o mais alto grau de reação, com o objetivo de estabelecer um novo padrão de bem-estar, acima ou abaixo do nível da linha normal de defesa (LEOPARDI, 1999; FREESE, 2003).

### 2.3 PRESSUPOSTOS BÁSICOS DA TEORIA DOS SISTEMAS

Os pressupostos apresentados a seguir dão continuidade à configuração teórico-conceitual do Modelo de Sistemas proposto por Betty Neuman.

1 – Todos os sistemas são individuais ou grupais. Esses sistemas estão compostos por fatores comumente conhecidos ou por características inatas dentro de um padrão normal e específico de respostas que se incluem em uma estrutura básica.

2 – Existem diversos estressores universais que pertencem ao entorno. Esses estressores podem ser do tipo conhecido ou desconhecido. Cada um deles tem um potencial próprio para interferir nos níveis normais de estabilidade do cliente, alterando sua linha normal de defesa e agindo sobre os aspectos fisiológicos, psicológicos, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais do cliente.

3 – O cliente, independentemente de seu bem-estar, é um conjunto dinâmico de interrelações de variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais. O bem-estar encontra-se diretamente associado a uma ótima estabilidade do sistema.

4 – Os fatores internos conhecidos de resistência servem para estabilizar a pessoa e recuperar seu estado de bem-estar após o sistema ter sofrido reações provenientes dos estressores.

5 – A pessoa como sistema realiza uma troca constante de energia com o seu entorno.

## 2.4 CONCEITOS PRINCIPAIS

São os seguintes os conceitos principais de teoria de Betty Neuman:

***Indivíduo / Homem*** – é um sistema aberto em contato com seu meio e em permanente mudança e movimento, interagindo reciprocamente. É multidimensional e composto de variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais.

***Ambiente / Entorno*** – é definido como um conjunto de forças internas e externas que circundam o indivíduo/homem a todo o momento. Este ambiente criado é dinâmico e multidimensional, e inclui os fatores energéticos da estrutura básica, interagindo na busca de promover a integração do sistema e de sua estabilidade.

***Saúde / Bem-estar*** – é a energia “viva”. É um composto dinâmico de equilíbrio físico, psicológico, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual. É um processo de interação/ajustamento no qual uma pessoa retém graus variados de equilíbrio e harmonia entre os ambientes interno e externo, propiciando uma estabilidade da linha normal de defesa.

***Enfermagem*** – uma profissão única que se ocupa com todas as variáveis que afetam a reação humana aos estressores, e que devem ser tratadas na sua totalidade. O trabalho da enfermagem visa à manutenção ou recuperação do equilíbrio físico, psicológico,

sociocultural, de desenvolvimento e espiritual da “pessoa”, enquanto o mesmo enfrenta os estressores. A enfermagem não deve impor sua avaliação à “pessoa”, mas sim compartilhá-la.

## **2. 5 CONCEITOS ADAPTADOS PARA A PRÁTICA ASSISTENCIAL**

Adaptamos alguns conceitos a partir dos propostos por Betty Neuman, de forma a adequá-los à proposta assistencial. Nestes termos, os conceitos adaptados para a prática assistencial foram:

***Criança / adolescente*** – é o ser humano com idade entre 0 e 14 anos e que, se submetido a estressores decorrentes de situações de urgência/emergência, pode ter seu bem-estar comprometido e necessitar de intervenções de enfermagem para a recuperação do estado anterior e fortalecimento da manutenção do equilíbrio.

***Ambiente / entorno*** – é entendido como o conjunto de forças internas e externas que circundam a criança/adolescente e acompanhante durante o tempo/espaço de intervenção demandada por situações de urgência/emergência. Também é considerado dinâmico, multidimensional, incluindo os fatores energéticos da estrutura básica e interagindo na busca de promover a integração do sistema e de sua estabilidade.

***Saúde da criança e adolescente*** – é considerada um movimento contínuo de bem-estar em relação às condições de urgência/emergência pelos quais as crianças /adolescentes passam. Esse bem-estar é dinâmico, sujeito a mudança constante. É considerado ótimo quando as necessidades físicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais da criança/adolescentes estiverem sendo atendidas em seu todo, alcançando ou mantendo a estabilidade da criança/adolescente.

***A enfermagem*** - é uma profissão que tem papel fundamental no desenvolvimento de intervenções que ajudem a criança/adolescente e acompanhante, submetidos aos estressores advindos das situações de urgência/emergência, a recuperarem e manterem o equilíbrio físico, psicológico, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual, através da prevenção primária, secundária e terciária.

***Atendimento hospitalar de urgência*** – é todo atendimento prestado dentro do ambiente hospitalar para a criança/adolescente demandado por estressores que ultrapassaram a linha normal de defesa, com potencial para quebra da estabilidade do sistema, mas que não oferecem risco à sua estrutura vital básica.

***Atendimento hospitalar de emergência pediátrica*** – é todo atendimento prestado à criança/adolescente dentro do ambiente hospitalar, demandado por estressores que ultrapassaram a linha normal de defesa, com potencial tanto para quebra da estabilidade do sistema, como para risco à sua estrutura vital básica.

***Acompanhante*** – pessoa ou grupo de pessoas responsáveis pela criança/adolescente presente na unidade de emergência e que se vêem afetados “in loco” pelos estressores que cercam toda a situação de urgência/emergência da criança/adolescente.

***Estressores*** – todo e qualquer estímulo, interno ou externo, capaz de alterar o estado de equilíbrio da criança/adolescente e acompanhante, oriundo ou relacionado à situação de urgência/emergência, e que requer intervenções de saúde com finalidade de recuperar o estado anterior e fortalecer a manutenção do equilíbrio.

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

Os temas abordados neste capítulo orientam-se sob o pressuposto de Betty Neuman para quem o “cliente”, em nosso caso a criança/adolescente e acompanhante, independentemente de seu estado de bem-estar, é um conjunto dinâmico de interrelações de variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais de desenvolvimento e espirituais. Assim optamos por desenvolver aspectos destas variáveis.

#### 3.1 CONDIÇÕES CLÍNICAS APRESENTADAS POR CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÕES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

As variáveis fisiológicas estão implicadas em inúmeras condições clínicas comumente apresentadas pelas crianças e adolescentes em unidades hospitalares que atendem urgência e emergência. Optamos por efetuar revisão de algumas dessas condições clínicas, reconhecendo-as como entidades que ameaçam a estrutura vital básica do ser criança/adolescente. Revisamos Convulsão e Epilepsia (Anexo A), Desequilíbrio Hidroeletrólítico (Anexo B), Lesões Traumáticas (Anexo C) e Parada Cardiorrespiratória (PCR) (Anexo D).

#### 3.2 ASPECTOS EMOCIONAIS DA CRIANÇA/ADOLESCENTE E ACOMPANHANTE

Até 1930 a assistência de enfermagem à criança no âmbito hospitalar tinha por finalidade prevenir a transmissão de infecção através do isolamento rigoroso. Esta forma de assistir afastou mãe e familiares de um envolvimento com a criança e com os profissionais. O declínio das doenças infecciosas, a introdução do antibiótico e tecnologias inovadoras contribuíram para uma revisão deste afastamento durante a hospitalização das crianças/adolescentes. No entanto, a transformação no conceito de criança, agora vista como um ser em crescimento e desenvolvimento, não só com necessidades biológicas, mas também psicológicas, sociais e emocionais, foi o mais efetivo catalisador para esta mudança (LIMA; ROCHA; SCOCHI, 1999). Hoje em dia a grande maioria dos hospitais permite a presença de pelo menos um familiar durante o tempo em que a criança necessita estar no âmbito hospitalar, direito assegurado pelo Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) .

Durante o processo de hospitalização, a criança e a família vivenciam diferentes situações que geram estresse. Para a criança ocorre um rompimento brusco nas suas atividades do dia-a-dia, e o afastamento do ambiente familiar, social e afetivo pode suscitar a esta clientela reações como comportamento regressivo, raiva, depressão, insegurança, rejeição afetiva, dependência, medo e punição (GONZAGA; ARRUDA, 1998).

Já a família se depara com o inesperado, com a doença e com a hospitalização de uma de suas crianças. Esta é uma situação que interfere na evolução do ciclo vital da família, provocando um abalo emocional em seus membros, que não esperavam a ocorrência da hospitalização (PINTO; RIBEIRO; SILVA, 2005). Assim, a doença e hospitalização, além das questões físicas, sempre produzem estresse oriundo de componentes afetivos/emocionais.

### **3.2.1 O acompanhante vivenciando a hospitalização**

Acompanhante é aquele que se reveza ou permanece com a criança/adolescente quando ela está internada. Normalmente, é algum membro da família - quase sempre a mãe - que assume este papel (ALMEIDA; FIGUEIREDO, 2003).

Segundo Wong (1999), as reações que o acompanhante vivencia na situação de urgência/emergência da criança/adolescente dependem de uma série de fatores influenciadores, destacando-se:

- gravidade da ameaça à criança/adolescente;
- experiência prévia com doença ou hospitalização;
- procedimentos médicos envolvidos no diagnóstico e no tratamento;
- sistemas de suporte disponíveis;
- forças do ego pessoal;
- capacidade prévia de enfrentamento;
- estresses adicionais sobre o sistema familiar;
- crenças culturais e religiosas;
- padrões de comunicação entre os membros da família.

Quase todo acompanhante responde à doença e à hospitalização com reações previsíveis. Primeiramente pode reagir com descrença, especialmente quando a doença é súbita e grave. Após a idealização da doença, reage com raiva ou culpa, ou ambas, podendo até responsabilizar-se ou ficar raivoso com outras pessoas por algo que foi feito de errado.

Assim que a hospitalização é confirmada, a culpa é intensificada porque ele se sente indefeso quanto a aliviar a dor física e emocional da criança/adolescente (WONG, 1999).

Para Pinto; Ribeiro e Silva (2005), apesar do choque inicial, o acompanhante percebe-se aceitando a hospitalização por acreditar que essa é indispensável ao tratamento da criança. Fatores socioeconômicos e culturais fazem com que o mesmo vivencie o momento da situação crítica de saúde influenciada pela sua história de vida, que tanto pode facilitar como dificultar a experiência.

Em decorrência da hospitalização, o acompanhante experimenta a desorganização de sua rotina e o sofrimento gerado pela convivência limitada, tanto pelas suas condições como pelas impostas pelo hospital, ocorrendo a desestruturação do cotidiano familiar. Além disso, agora a rotina diária da família continua com as responsabilidades anteriores, acrescidas das atividades e das demandas financeiras decorrentes da hospitalização (PINTO; RIBEIRO; SILVA, 2005).

Segundo Wong (1999), medo, ansiedade e frustração são sentimentos comuns expressos pelo acompanhante. O medo e a ansiedade podem estar relacionados à gravidade da doença e ao tipo de procedimentos médicos envolvidos. Frequentemente a maior ansiedade está relacionada ao trauma e à dor vivenciados pela criança/adolescente. Os sentimentos de frustração estão relacionados à falta de informação sobre os procedimentos e tratamentos, ao desconhecimento das regras e regulamentos hospitalares, a uma sensação de serem indesejados pela equipe ou ao medo de fazer perguntas. Grande parte da frustração pode ser aliviada quando o acompanhante está ciente do que esperar e do que se espera dele, é encorajado a participar no cuidado da criança/adolescente e considerado como o contribuinte mais significativo para a saúde total da mesma.

O ambiente hospitalar provoca sofrimento físico e emocional, fazendo com que a família se sinta cansada, às vezes pouco à vontade para cuidar da criança e ignorada em suas necessidades. As dúvidas a respeito da situação, cujas respostas e soluções dependem não só da família, giram em torno da saúde da criança, da situação familiar e da eficácia do tratamento e originam a sensação de impotência na família, que se percebe à mercê da decisão de outras pessoas (PINTO; RIBEIRO; SILVA, 2005).

Os fatos vivenciados e o significado atribuído a estar doente levam o acompanhante a um limiar de sentimentos originados em fatos reais ou imaginários que se manifestam por meio de sentimentos, ações e pensamentos que refletem a dificuldade para lidar com a situação, tais como: nervosismo, choro incessante, andar constante pelo hospital, falta de apetite e outras alterações comportamentais (PINTO; RIBEIRO; SILVA, 2005).

### 3.2.2 A criança/adolescente vivenciando a hospitalização

A doença e a hospitalização podem se constituir nas primeiras crises com que as crianças/adolescentes se deparam. Elas são particularmente vulneráveis porque o estresse resultante de uma modificação do estado usual de saúde e da rotina ambiental; e possuem um número limitado de mecanismos de enfrentamento para resolver os estressores gerados (WONG, 1999).

Desta maneira, destacam-se algumas situações estressoras que a criança vivencia durante o processo de hospitalização: enfrentar pessoas estranhas e procedimentos dolorosos, lugar desconhecido, afastamento do habitual convívio social, falta de manejo da equipe, ruído do ambiente (como gritos, choros), exames, curativos etc (MARTINS et al, 2001). A criança/adolescente hospitalizada vivencia experiências dolorosas e desagradáveis, em ambiente estranho e muitas vezes agressivo, o que geralmente repercute no seu desenvolvimento psicossocial e intelectual, caracterizando uma situação de crise (SADALA; ANTONIO, 1995).

Segundo Wong (1999) as reações das crianças/adolescentes tais crises são influenciadas por suas idades de desenvolvimento; sua experiência prévia com a doença, separação ou hospitalização; as habilidades de enfrentamento inatas e adquiridas, a gravidade do diagnóstico, e o sistema de suporte disponível.

Em função dos agravos de saúde da criança/adolescente, são comuns a ocorrência de mecanismos de regressão à fase anterior do seu desenvolvimento. Ao enfrentar os problemas centrais da internação como a dor, o desconforto, a perda do controle do seu próprio corpo, depois de um primeiro momento de rebeldia, a criança/adolescente passa a adotar comportamentos anteriores à sua etapa real de desenvolvimento, com os quais se sente segura. É um estado de equilíbrio instável, no qual ela tenta reorganizar-se ao mesmo tempo em que se adapta às novas condições. Neste momento, ela se apresenta excessivamente vulnerável e acessível a qualquer tipo de ajuda, e depende disto para enfrentar os problemas de maneira saudável (SADALA; ANTONIO, 1995).

### 3.3 ASPECTOS CULTURAIS

Segundo o dicionário Aurélio (1983), cultura “[...] é o complexo dos padrões de comportamento, das crenças, das instituições, de outros valores espirituais e materiais

transmitidos coletivamente e característicos de uma sociedade”. Para Buchwald citado por Wong (1999) “cultura é um padrão de dogmas, crenças e práticas que, de maneira inconsciente, fundamenta ou orienta os objetivos e decisões de um grupo de pessoas”.

“Uma cultura é composta de indivíduos que compartilham um grupo de valores, crenças, práticas, [...] relações sociais, leis, política, economia e normas de comportamento, que é aprendido, integrador, social e satisfatório” (HABAYEB, 1995 apud WONG, 1999).

“A socialização é o processo pelo qual as crianças adquirem as crenças, valores e os comportamentos de determinada sociedade de modo a funcionar dentro daquele grupo”. É a partir deste processo que as crianças começam a desenhar sua personalidade e programar suas ações. Esta compreensão de cultura, segundo Lynch citado por Wong (1999), se estabelece somente a partir dos 5 anos de idade.

Dentro de uma macrocultura, ditada por valores de grupos maiores, estão inseridas as subculturas, que podem ser definidas como “uma cultura que possui muitas características da macrocultura, embora contribua com seus valores particulares” (WONG, 1999). Um ótimo exemplo de subcultura é a família. Esta possui uma cultura própria em que cria seus valores e delibera suas leis, dentro do que já é ditado pela macrocultura. E é neste contexto subcultural familiar menos complexo que a criança vai primeiramente se orientar.

A maneira e a seqüência do desenvolvimento das crianças são universais porém as variações nas suas respostas comportamentais das crianças devem-se à cultura à qual estão expostas. Isto fica evidenciado durante a fase escolar, na qual a socialização e o descobrimento de culturas diferentes são enfrentados. Através do relacionamento com os amigos, as crianças aprendem meios de lidar com a dominância e a hostilidade, bem como a relacionar-se com pessoas em posição de liderança e autoridade (WONG, 1999).

Nos dias de hoje, apesar da imensa diversidade cultural existente, as variações são cada vez menos divergentes devido à homogeneidade aumentada da macrocultura mundial e do processo de globalização, que uniformiza cada vez mais as formas de expressão das subculturas.

Para o profissional enfermeiro, é indispensável que aprenda a olhar o outro (neste caso a criança/adolescente e acompanhante) a partir da base e do sistema de cultura em que estão inseridos, antes de planejar qualquer intervenção de maneira afetiva.

### 3.4 ASPECTOS ESPIRITUAIS

Espiritualidade é o processo pelo qual os indivíduos reconhecem a importância de orientar suas vidas a algo não material, que está além e é maior do que eles próprios, de modo a haver reconhecimento ou, pelo menos, alguma dependência a um poder superior, ou espírito. A espiritualidade envolve um processo pessoal dirigido a relacionar o si próprio com o poder superior essencial (LOTUFO NETO, 1997).

Neste contexto, a dimensão espiritual é uma parte integrante do indivíduo e sempre foi considerada como importante aliada das pessoas que sofrem e/ou estão doentes (FLECK et al, 2003). A espiritualidade trata da busca humana por uma vida satisfatória e com sentido, descobrindo a natureza essencial de si mesmo e seu relacionamento com o universo (LOTUFO NETO, 1997). Entretanto, essa dimensão deve ser diferenciada do aspecto religioso do indivíduo e do seu comportamento psicossocial (BENKO; SILVA, 1996).

Williams et al citado por Lotufo Neto (1997), realizaram um estudo longitudinal com uma amostra de 720 adultos da área metropolitana de New Haven (Estados Unidos), examinando-os em dois momentos diferentes para avaliar em que medida a filiação religiosa e a freqüência a cultos influenciavam os níveis de estresse. Concluíram que as pessoas que freqüentaram regularmente serviços religiosos, apesar de sofrerem a mesma quantidade de estresse, relataram menores níveis de sofrimento psicológico, quando comparados com os que freqüentaram irregularmente ou não o fizeram (LOTUFO NETO, 1997).

Não há explicação biológica para esses resultados, muito menos se pode definir a seita ou corrente filosófica específica e aparentemente mais “eficaz” em melhorar a saúde das pessoas. A fé parece ser o denominador comum nas pessoas que se beneficiaram.

A maioria das pessoas que exercitam sua espiritualidade desenvolve um conjunto de crenças sobre o mundo e sobre as relações de vida e morte que as ajuda a entender melhor e se adaptar ao estresse e ao sofrimento.

## 4. METODOLOGIA

Este capítulo descreve os procedimentos que orientaram o desenvolvimento da prática assistencial. A metodologia é o caminho a ser seguido para o direcionamento da prática assistencial, ou seja, ela dita os passos que o grupo trilhar para conseguir atingir os objetivos propostos no trabalho.

Fazem parte do mesmo a descrição do local da prática assistencial, a população para o qual é dirigida a intervenção de enfermagem, os aspectos éticos observados, o modelo do processo de enfermagem implementado, as estratégias adotadas para o alcance dos objetivos, a definição de como os objetivos são avaliados e o cronograma de desenvolvimento das atividades.

### 4.1 DESCRIÇÃO DO LOCAL DA PRÁTICA ASSISTENCIAL

No período compreendido entre 1939 e 1962, chegaram a Santa Catarina vários pediatras com o objetivo de fundar e organizar a pediatria catarinense. Na evolução, um grupo de pediatras fundou em Florianópolis o Hospital Infantil Edith Gama Ramos. Em 13 de março de 1979, Ano Internacional da Criança, é inaugurado o HIJG, substituindo o Hospital Edith Gama Ramos.

O HIJG, cuja construção teve início em abril de 1977, deve seu nome à Beata Joana de Gusmão. Nascida em Santos, São Paulo, em 1688, Joana de Gusmão viveu um período de sua vida em Santa Catarina, nas proximidades da Lagoa da Conceição. Dedicou-se à construção de capelas e a atendimentos a crianças.

O Hospital Infantil Joana de Gusmão situado em Florianópolis - Santa Catarina é vinculado à Secretaria Estadual de Saúde. Possui uma área de 22.000 m<sup>2</sup> e é dividido nas unidades de internação: A (Adolescente e Apartamento), B (Clínica Cirúrgica), C (Gastroenterologia e Cardiologia), D (Nefrologia e Pneumologia), E (Neurologia Clínica e Neurocirurgia), HDC (Hospital Dia da Criança), Berçário, Emergência Interna, Isolamento, Oncológica, Queimados, UTI Geral e UTI Neonatal. As unidades são especializadas em: Cardiologia, Cirurgia (Pediátrica Geral, Plástica, Oftalmológica, Ortopédica, Otorrinolaringologia, Urológica, Vascular, Bucomaxilofacial), Desnutrição,

Gastroenterologia, Nefrologia, Neurocirurgia, Neurologia, Oncologia, Queimadura, Pneumologia e Terapia Intensiva.

O HIJG atua como pólo de referência estadual para as patologias de baixa, média e alta complexidade, sendo: 68,83% pacientes oriundos de Florianópolis e da Grande Florianópolis (São José, Palhoça, Biguaçu e Santo Amaro da Imperatriz) e 31,17% de outros municípios de Santa Catarina.

Em 2006, contava com 138 leitos ativos e 856 funcionários. Em 2004, produziu: 7.786 internações; 61.772 consultas ambulatoriais; 94.147 atendimentos de emergência; 5.158 cirurgias; No mesmo período teve índice de mortalidade de 2,04% e taxa de doentes com infecção hospitalar de 3,2% (HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO, 2006)

Até junho de 2005, sua produção foi de 4.066 internações, 32.762 consultas ambulatoriais e 48.874 atendimentos emergenciais.

Com relação ao serviço de enfermagem prestado dentro do Hospital Infantil Joana de Gusmão, podemos destacar o seguinte:

### **Filosofia do Hospital Infantil Joana de Gusmão**

O ser criança: é um ser humano em processo de formação biopsicossocial e espiritual, influenciado por fatores genéticos, afetivos, psicológicos, culturais e sociais de sua família e de onde vive e que requer cuidados de enfermagem planejados de acordo com as suas necessidades.

O ser enfermeiro: é um ser humano, com habilidades, conhecimento e sentimentos, a quem foi outorgado o direito de cuidar de gente. Em outras palavras, o ser enfermeiro é gente que cuida de gente.

A Enfermagem tem por finalidades:

- Prestar assistência integral ao indivíduo, visando-o no seu todo biopsicossocial e espiritual, em situações que requerem medidas relacionadas com a promoção, proteção e recuperação de incapacitados, alívio do sofrimento e promoção do ambiente terapêutico;

- Desenvolver uma metodologia administrativa capaz de gerar recursos diversos que viabilizem planejamento, organização, supervisão, controle, orçamento e provimento de pessoal de enfermagem, voltados a atender às necessidades organizacionais do hospital e da própria seção de enfermagem, além de satisfazer as necessidades básicas dos clientes que estiverem sob seus cuidados;

- Promover a elevação do padrão da assistência de enfermagem, através de desenvolvimento de pesquisas científicas, aplicação de metodologia de trabalho, promoção de ensino e implantação de programas de educação, visando preparar o pessoal não habilitado e promover a atualização dos que se encontram em serviço;

- Prover normas de conduta pessoal e de procedimentos, assegurando satisfação no trabalho para todo o pessoal de enfermagem e reconhecimento dos mesmos como membros vitais da equipe de saúde;

- Avaliar continuamente suas atividades administrativas e a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos pacientes e à comunidade.

### **Composição dos Serviços de Enfermagem**

No HIJG, a Gerência de Enfermagem coordena os seguintes serviços: Emergência Externa; Emergência Interna (Observação Interna); Terapia Intensiva Pediátrica; Terapia Intensiva Neonatal; Ambulatório; Centro Cirúrgico; Unidade de Internação A; Unidade de Internação B; Unidade de Internação C; Unidade de Internação D; Unidade de Internação E; Unidade de Queimados; Unidade de Berçário; Unidade Onco-hematológica; Unidade de Isolamento; Centro de Material e Esterilização; Serviço de Supervisão noturna de Enfermagem.

Ao Serviço de Enfermagem das Unidades de Internação compete:

- Assistir o paciente atendendo-o nas necessidades básicas e específicas de acordo com a sua patologia;

- Proporcionar ambiente sadio e agradável, que facilite o estabelecimento da saúde;

- Colaborar com os médicos, registrando fatos ou prestando informações que facilitem o diagnóstico;

- Executar as prescrições médicas;

- Desenvolver programas de Educação Sanitária, atendendo os pacientes, seus familiares e o pessoal de enfermagem;

- Executar pesquisas científicas em assuntos de enfermagem e colaborar com as pesquisas dos demais profissionais da área da saúde;

- Colaborar com o setor de educação e serviços;

- Cooperar com os demais serviços do hospital;

- Manter estoque de material, drogas e medicamentos necessários para o bom funcionamento da unidade, obedecendo às normas e rotinas estabelecidas pela diretoria do hospital;
- Manter controle da movimentação dos pacientes internados, através do censo diário;
- Apresentar relatórios mensais das atividades realizadas e dos movimentos estatísticos da unidade;
- Colaborar com as escolas de enfermagem e outras instituições de ensino que necessitem de campo para estágio.

### **Horário de trabalho**

O Serviço de Enfermagem mantém plantão durante 24 horas. Executa 30 horas semanais, distribuídas em escala de serviço de 6 horas diárias ou esquema de trabalho de 12 horas trabalhadas x 60 horas folga.

### **Quadro de pessoal**

Enfermeiros = 34, técnicos de enfermagem = 65, auxiliares de enfermagem = 18 e auxiliares de serviços hospitalares assistenciais = 35.

#### **7.1.1 A Unidade de Emergência**

A unidade de emergência presta serviços de Clínica Pediátrica, Cirurgia Pediátrica Geral e Ortopedia. Nesta unidade são atendidos todos os casos que chegam para pronto atendimento no hospital. A área física é dividida da seguinte forma:

- 03 salas de descanso, sendo 01 para a enfermagem, 01 para a ortopedia e 01 para o R2 (residente do 2º ano);
- 02 sanitários, sendo 01 para funcionários e 01 para pacientes;
- 01 sala de procedimentos para ortopedia;
- 01 sala de procedimentos e medicação;
- 01 sala de reanimação;
- 02 salas de isolamento;
- 02 salas de cirurgia, sendo 01 sala de cirurgia asséptica e 01 sala de cirurgia séptica;
- 01 sala de observação com 06 leitos;
- 04 consultórios clínicos, sendo 01 para o médico staff, 01 para R2 e 02 para R1;

- 02 consultórios da ortopedia;
- 01 sala de expurgo;
- 02 salas de espera, sendo 01 para o fluxo externo de clientes e 01 para o fluxo interno de clientes;

Os clientes chegam até a recepção onde são avaliados e triados. Os casos que merecem atenção imediata são atendidos e, de acordo com a avaliação médica, o cliente é liberado ou fica sob observação aguardando uma nova avaliação durante um prazo estabelecido, a critério médico. Os acompanhantes permanecem junto aos clientes e acompanham todo o atendimento prestado, sendo esclarecidos sobre toda a situação que está sendo vivenciada.

Na sala de medicação são efetuados os procedimentos de intervenção básica, de acordo com a gravidade de cada caso. Após esse atendimento, o cliente é transferido para a sala de observação, onde ficará por prazo indeterminado, de acordo com a evolução do seu quadro patológico.

São atribuições de enfermagem na emergência:

- Prestar assistência de enfermagem ao cliente admitido na emergência, de acordo com as suas necessidades;
- Manter a unidade em condições adequadas para qualquer atendimento de emergência;
- Colaborar com a equipe médica no desempenho de suas atividades;
- Propiciar um ambiente seguro de trabalho, mantendo em perfeitas condições todos os equipamentos;
- Manter estoque de materiais, drogas e medicamentos necessários para o bom funcionamento da unidade, obedecendo às normas e rotinas do hospital.

#### 4.2 PÚBLICO ALVO

A prática assistencial de enfermagem desse trabalho deu-se com a criança/adolescente efetivamente em situação de urgência/emergência, na faixa etária de 0 a 14 anos, admitida pelo serviço de emergência do HIJG e também o(s) seu(s) acompanhante(s). Previu-se que estas crianças/adolescentes estavam com as suas habilidades físicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais afetadas por um estressor, ou por um conjunto de estressores que comprometeriam, de forma vital ou não, sua saúde e bem-estar, e também de seu acompanhante.

### 4.3 ASPECTOS ÉTICOS

A ética é teoria, investigação ou explicação de um tipo de experiência humana ou forma de comportamento dos homens, ou da moral, considerado, porém na sua totalidade, diversidade e veracidade (PADILHA, 1995). Conforme Hens (2003), ética pode também ser entendida como uma forma de disciplinar o comportamento do ser humano em suas relações sociais.

Vale ressaltar que apenas um conhecimento teórico-técnico e científico não é suficiente para a prestação de intervenções de enfermagem com qualidade, pois o saber da ética se faz presente tanto no cotidiano quanto na imagem do cuidador.

É dever ético do profissional, prestador do cuidado, informar todo e qualquer ato ou intervenção que for aplicado ao cliente bem como não omitir qualquer informação acerca de sua saúde, e isto foi respeitado.

Ainda para que haja êxito ético no exercício profissional, não devemos nunca nos esquecer de que o ser humano possui crenças, costumes e valores que nunca devem ser relegados ou colocados em segundo plano, pois desta forma estaríamos invadindo seu espaço e também colocando seus saberes à margem.

Como aspectos práticos da aplicação dos princípios, consultamos as crianças/adolescentes e acompanhante sobre receber assistência pelos acadêmicos.

- Esclarecer aos pais sobre o trabalho que seria realizado, bem como seus objetivos e a relevância do mesmo;

- Garantir o anonimato da criança/adolescente e do acompanhante, trocando seus nomes verdadeiros por fictícios, durante qualquer apresentação pública deste estudo.

Durante todo o estágio de prática curricular desenvolvido na unidade de emergência do HIJG aplicamos 10 instrumentos para identificação de estressores. O termo de consentimento livre esclarecido não foi utilizado, pois entendemos que o projeto de prática assistencial não é caracterizado como pesquisa. No entanto, todos os instrumentos aplicados tiveram o consentimento verbal dos responsáveis ou do próprio acompanhante, no caso do mesmo ser o responsável pela criança/adolescente no momento do atendimento.

Não encontramos nenhum caso de recusa de aceitação no momento da abordagem para a aplicação do instrumento. O que se evidenciou foi a necessidade, principalmente do acompanhante, em poder “desabafar” acerca da hospitalização que para muitos é vivida como momento longo e doloroso. Sabemos que não é fácil ter um ente querido ou um simples conhecido passando por um momento tão difícil e muitas vezes novo, para qual nunca fomos preparados.

#### 4.4 PROCESSO DE ENFERMAGEM

Durante a assistência foram desenvolvidas as etapas de planejamento, intervenção e avaliação das intervenções de enfermagem ou o processo de enfermagem orientado em Betty Neuman, porém sem a formalização escrita. Esta última, ocorreu para 6 crianças/adolescentes e seus respectivos acompanhantes.

Segundo Freese (2003), para facilitar a aplicação do seu modelo, Betty Neuman desenvolveu alguns instrumentos: o de verificação e intervenção, o processo de enfermagem propriamente dito e um instrumento para a intervenção como prevenção.

O instrumento de verificação e intervenção tem como objetivo primordial o levantamento de todos os dados do cliente. É composto por um número de perguntas direcionadas primeiramente para a identificação do cliente e posteriormente para a percepção do estressor ou do conjunto de estressores. Nele também são observados, além da percepção do cuidador em relação a esses estressores, a percepção do cliente, gerando no final um diagnóstico de enfermagem abrangente.

Já o processo propriamente dito baseia-se em três fases distintas como demonstra o quadro:

<b>Categoria</b>	<b>Descrição do processo</b>
<p><b>Diagnóstico de enfermagem</b></p> <p>Faz menção aos dados coletados observando as necessidades do cliente bem como as intervenções necessárias para a manutenção da linha normal de defesa.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Baseado na aquisição de dados apropriados, identifica, classifica e avalia a interação dinâmica das variáveis biopsicossocioculturais-desenvolvimentais e espirituais;</li> <li>2. Variações a partir do bem-estar (necessidades e problemas) são determinadas pelas correlações e sujeições, através de síntese da teoria e dados de partida;</li> <li>3. São determinadas intervenções amplas e hipotéticas para manter a linha flexível de defesa.</li> </ol>
<p><b>Metas de enfermagem</b></p> <p>Abrangem a interrelação do profissional com o cliente e também as intervenções necessárias para a manutenção de sua homeostasia.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. O sistema enfermeiro-cliente negocia para uma mudança prescritiva;</li> <li>2. Estratégias de intervenção do enfermeiro postuladas para reter, obter e manter a estabilidade do sistema do cliente.</li> </ol>
<p><b>Resultados de enfermagem</b></p> <p>Reporta a relação da intervenção com os modos de prevenção, e da obtenção dos resultados frente a essas intervenções, validando assim o processo de enfermagem.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Intervenção do enfermeiro, utilizando um ou mais modos de prevenção;</li> <li>2. Confirmação da mudança prescritiva ou reformulação das metas de enfermagem;</li> <li>3. Resultado da meta a curto prazo influencia a determinação de metas intermediárias e a longo prazo;</li> <li>4. Resultado do cliente valida o processo de enfermagem.</li> </ol>

Quadro 1 – O processo de enfermagem conforme Betty Neuman

Para a obtenção dos resultados objetivados no projeto, propomos uma adaptação no modelo de aplicação do processo de enfermagem de Betty Neuman:

<b>Categoria</b>	<b>Descrição do processo</b>
Diagnóstico de enfermagem	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificação das percepções sobre os estressores vivenciados da criança/adolescente e acompanhante;</li> <li>2. Identificação das percepções do cuidador;</li> <li>3. Comparação do sistema cliente/cuidador;</li> <li>4. Avaliação do ambiente/entorno envolvendo a criança/adolescente e acompanhante;</li> <li>5. Classificação dos elementos estressores;</li> <li>6. Determinação do grau de proteção disponível;</li> <li>7. Identificação das variações do bem-estar.</li> </ol>
Metas de enfermagem	Negociação e definição entre o sistema enfermeira/o e “criança/adolescente e acompanhante” de estratégias de intervenção de enfermagem para reter, obter e manter a estabilidade do sistema criança/adolescente e acompanhante.
Resultados de enfermagem	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Implementação das intervenções de enfermagem nas três modalidades de prevenção (primária, secundária e terciária);</li> <li>2. Negociação com o cliente para troca das prescrições das intervenções de enfermagem caso as mesmas não tenham surtido os efeitos necessários, observando para isso a manutenção do equilíbrio do sistema;</li> <li>3. Avaliação da consecução dos objetivos.</li> </ol>

Quadro 2 - O processo de enfermagem adaptado

Na etapa de intervenção o foco baseia-se na prevenção em seus diferentes níveis: prevenção primária (fortalece a linha flexível de defesa), secundária (com tratamento) e terciária (reconstituição após tratamento).

Betty Neuman não distingue o levantamento de dados como uma fase do processo de enfermagem propriamente dito, porém o incorpora na fase de diagnóstico. Em nossa aplicação dos instrumentos propostos por Betty Neuman, a aquisição dos dados da criança/adolescente e acompanhante, que embasaram as demais etapas, deu-se através de roteiro aplicado à criança/adolescente e acompanhante, cujo foco foram os estressores vivenciados. Isto ocorreu após o desenvolvimento das intervenções de enfermagem necessárias para manter e/ou recuperar o estado vital da criança/adolescente e acompanhante. E também, por observação dos comportamentos das crianças/adolescentes e acompanhantes na vivência de situações de urgência/emergência. Ou seja, esse levantamento de dados teve com objetivo principal a identificação do(s) estressor(es) que acometem a criança/adolescente e acompanhante naquele momento, a fim de traçarmos as metas e intervenções de enfermagem.

#### 4.5 PLANO DE AÇÃO GLOBAL EM RELAÇÃO AOS OBJETIVOS DO ESTUDO

Neste tópico descreve-se o plano de ação global revisto para o alcance dos objetivos propostos no trabalho.

##### 4.5.1 Objetivo 1

Desenvolver intervenções de enfermagem para atenuar, minimizar ou eliminar os estressores que atinjam a criança/adolescente e acompanhante em situação de urgência/emergência, hospitalizados, subsidiados pela teoria de Betty Neuman.

Estratégias para a consecução do objetivo:

1.1 Elaborar um instrumento de identificação dos estressores e dos resultados das interações destes com as variáveis fisiológicas, psicossociais, desenvolvimentais e espirituais da criança/adolescente e acompanhante;

1.2 Desenvolver as diversas etapas do processo de enfermagem orientadas em Betty Neuman;

1.3 Escutar atentamente os relatos da criança/adolescente e acompanhante durante esse período de sua permanência na unidade de emergência do HIJG, deixando-os verbalizar seus estressores internos e externos perante o momento que está sendo vivenciado.

1.4 Oferecer à criança/adolescente e acompanhante um ambiente calmo e acolhedor durante sua permanência na unidade de emergência do HIJG;

1.5 Propiciar à criança/adolescentes atividades lúdicas, considerando as respectivas faixas etárias;

1.6 Reconhecer os estressores ambientais da emergência do HIJG e propor alternativas para eliminá-los ou minimizá-los, de acordo com as possibilidades.

Avaliação do alcance do objetivo:

Previu-se que este objetivo seria alcançado se crianças/adolescentes e acompanhantes atendidos fossem assistidos pelos acadêmicos segundo o Modelo de Sistemas de Betty Neuman e se redigíssemos o processo de enfermagem para seis crianças/adolescentes e acompanhantes.

#### **4.5.2 Objetivo 2**

Compartilhar a metodologia de assistência de enfermagem adotada com a equipe de enfermagem da unidade de emergência do HIJG.

Estratégias para a consecução do objetivo:

- 2.1 Apresentar o projeto de prática assistencial proposto e elaborado pelo grupo para a chefia de enfermagem, e também para a equipe de enfermagem da unidade de emergência do HIJG;
- 2.2 Expor através de pôster a metodologia do trabalho a ser realizado na unidade de emergência do HIJG, bem como colocarmo-nos à disposição para prestar os esclarecimentos necessários sobre o estudo;
- 2.3 Demonstrar como estão sendo realizadas as diversas etapas do processo de enfermagem;
- 2.4 Solicitar que membros da equipe de enfermagem auxiliem no reconhecimento dos diferentes tipos de estressores e na definição de intervenções pertinentes;
- 2.5 Consultar as enfermeiras supervisoras sobre a possibilidade de anexar partes da metodologia utilizada pelo grupo no prontuário das crianças/adolescentes;
- 2.6 Elaborar encartes com estressores comumente encontrados e possibilidades de intervenção de enfermagem, além de disponibilizar este material para a unidade de emergência;

Avaliação do alcance do objetivo:

Previu-se que este objetivo seria alcançado se estabelecêssemos uma relação com a equipe de enfermagem, possibilitando o conhecimento, sensibilização e participação da mesma na metodologia adotada pelos acadêmicos e produção dos encartes previstos.

### **4.5.3 Objetivo 3**

Acompanhar e colaborar na organização administrativa da unidade de emergência do HIJG, e na gerência da assistência de enfermagem nas situações de urgência/emergência vivenciadas pela criança/adolescente e acompanhante.

Estratégias para a consecução do objetivo:

3.1 Acompanhar a dinâmica de atendimento da criança/adolescente e acompanhante nas situações de urgências/emergências desenvolvidas na unidade de emergência do HIJG;

3.2 Conhecer as atribuições da equipe de enfermagem que atua na unidade de emergência do HIJG;

3.3 Interagir e posicionarmo-nos como parceiros frente à equipe de trabalhadores de saúde da unidade de emergência, especialmente de enfermagem, no desenvolvimento das intervenções de enfermagem propostas;

3.4 Acompanhar o trabalho das enfermeiras da unidade de emergência do HIJG e dialogar continuamente sobre o papel do enfermeiro nesta unidade;

3.5 Colaborar no encaminhamento da criança/adolescente e acompanhante para outros setores em caso de internação, quando necessário;

Avaliação do alcance do objetivo:

Previu-se que seria alcançado se efetivamente colaborássemos com as enfermeiras supervisoras nas atividades administrativas e gerenciais da unidade de emergência, como através de confecção de escalas de serviço e acompanhamento das atividades pertinentes ao serviço de enfermagem.

#### **4.5.4 Objetivo 4**

Ampliar os estudos relacionados às situações de urgência/emergência em pediatria fortalecendo o desenvolvimento de uma prática sustentada teoricamente.

Estratégias para consecução do objetivo:

4.1 Complementar a revisão básica de condições clínicas comumente apresentadas pelas crianças/adolescentes na unidade de emergência;

4.2 Efetuar novas revisões teóricas de acordo com a demanda assistencial, incluindo temas como crise, perda e morte;

4.3 Discutir temáticas assistenciais com supervisoras e outros elementos da equipe de enfermagem e de saúde;

4.4 Participar de eventos ligados à área que por ventura surjam durante o período de prática assistencial.

Avaliação do objetivo alcançado:

Previu-se que seria alcançado através da complementação das revisões de literaturas propostas pelo grupo; através de diálogos constantes com as enfermeiras e demais profissionais da área de saúde na busca de esclarecimentos para as dúvidas que surgissem durante as atividades práticas de assistência à criança/adolescente e acompanhante; e também nas participações dos eventos ligados à área de emergência pediátrica que surgissem durante o período de atividades assistenciais.

#### 4.6 CRONOGRAMA PARA REALIZAÇÃO DA ATIVIDADE DE PRÁTICA ASSISTENCIAL

O cronograma executado está apresentado no Apêndice A.

## 5. DESENVOLVIMENTO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL

Neste capítulo relatamos e avaliamos a prática assistencial realizada com as crianças/adolescentes e seus acompanhantes, a partir dos objetivos anteriormente propostos. Nos itens 1.1 a 4.5 procuramos descrever cada uma das estratégias implementadas, demonstrando em conjunto como se deu a prática assistencial, quais foram os êxitos obtidos e os desafios encontrados.

### *Declaração do Objetivo 1*

Desenvolver intervenções de enfermagem para atenuar, minimizar ou eliminar os estressores que atinjam a criança / adolescente e acompanhante em situação de urgência / emergência, hospitalizados, subsidiados pela teoria de Betty Neuman.

Estratégias para alcance do objetivo:

#### **1.1 Elaborar um instrumento de identificação dos estressores e dos resultados das interações destes, com as variáveis fisiológicas, psicossociais, desenvolvimentais e espirituais da criança / adolescente e acompanhante.**

##### Descrição das intervenções relacionadas

Para o alcance desta estratégia estudamos com profundidade a Teoria dos Sistemas de Betty Neuman. Além disto, as experiências vividas na quinta fase curricular da graduação, quando da aplicação do histórico de Enfermagem e nossa vivência diária com as crianças/adolescente e seus acompanhantes, foram válidas para a confecção do instrumento de identificação de estressores. Após o início do estágio, obtivemos mais subsídios e experiências que ampliaram nossas possibilidades de elaborar as questões desejadas. Também consultamos artigos que abordam o tema dos estressores tais como “*Procurando manter o equilíbrio para atender suas demandas e cuidar da criança hospitalizada: a experiência da família*” (PINTO; RIBEIRO; SILVA, 2005) e “*Fontes e significados de cuidar e não cuidar em hospital pediátrico*” (GONZAGA; ARRUDA, 1998). A partir destas condições efetuamos uma formulação inicial a qual foi discutida em profundidade pelos acadêmicos, resultando deste processo a elaboração do Instrumento de Identificação dos Estressores da Criança/Adolescente e Acompanhante Internados em Emergência Pediátrica (Apêndice B).

Iniciamos a fase de aplicação do Instrumento, onde percebemos que o mesmo não era operacional, pois algumas questões se repetiam e eram de difícil compreensão por parte das crianças/adolescentes e acompanhantes. Então formulamos uma segunda versão do instrumento e continuamos a aplicá-lo. Algumas dificuldades persistiram, sendo que frente a algumas questões de menor entendimento os acadêmicos adotaram a estratégia de explicá-las às crianças/adolescentes e acompanhantes. Dentre estas se destacam “*Que papel você acha que deveria desempenhar diante da situação que vivencia?*” e “*O que você espera daqui pra frente?*”.

Já o acréscimo de novas questões como a referente às preocupações externas à emergência, foi de grande valia, pois ajudaram a identificar estressores que por vezes não eram citados quando da utilização da primeira versão do instrumento.

O instrumento construído incluiu abordagem das variáveis sociais, psicológicas, culturais, desenvolvimentais, espirituais e fisiológicas que afetam o equilíbrio do sistema, de acordo com a Teoria dos Sistemas de Betty Neuman.

O instrumento está composto de 3 partes: identificação do paciente; condições da estrutura básica e dos recursos energéticos; e condições psicoemocionais, sociais e espirituais. A primeira parte compreendeu, além de dados pessoais do paciente, um campo para assinalar quem foi o entrevistado, a criança/adolescente ou o acompanhante. A segunda parte contém informações acerca das condições fisiopatológicas que afetavam o núcleo vital básico da criança/adolescente. Por último, os questionamentos abordavam o paciente de forma a identificarmos os estressores que afetam sua linha normal de defesa, ou seja, sobre os aspectos sociais, psicológicos, culturais e espirituais.

Observamos que a aplicabilidade do instrumento foi maior com os acompanhantes, uma vez que a criança/adolescente tinha poucas condições para responder devido à sua situação de saúde. Além do mais, percebemos que a grande maioria da clientela atendida na unidade de emergência do HIJG é de lactentes e pré-escolares, o que também dificultava a aplicação do instrumento.

Tendo em vista os aspectos acima citados, os estressores mais comumente encontrados na criança/adolescente referiram-se à estrutura vital, já que podiam ser diretamente observados pelos acadêmicos.

Ressalta-se que o instrumento foi aplicado após a estabilização do quadro da criança/adolescente e sempre com consentimento do acompanhante.

## 1.2 Desenvolver as diversas etapas do processo de enfermagem orientadas em Betty Neuman

### Descrição das intervenções relacionadas

Para desenvolvermos as etapas do Processo de Enfermagem (diagnóstico de Enfermagem, metas de Enfermagem e resultados de Enfermagem) utilizamos a observação como o primeiro meio de identificação de estressores e com apoio do instrumento confeccionado pudemos elaborar os diagnósticos de enfermagem. O processo de enfermagem orientado em Betty Neuman foi desenvolvido com todas as crianças/adolescentes assistidas por nós, porém, o instrumento só foi formalmente aplicado e redigido, nos casos de que se caracterizavam efetivamente como real emergência em detrimento aos casos menos complexos, condição já definida no projeto, num total de 6.

Apresenta-se um dos processos de Enfermagem desenvolvido, sendo que os demais se encontram no Apêndice C.

### **Processo de Enfermagem I**

Local: Emergência do HIJG.

Data: 14 de novembro de 2006.

Horário: 17 horas e 55 minutos.

Criança: Joaquina (nome fictício)                      Idade: 11 anos.

Resumo da intercorrência: Joaquina foi atropelada na saída de seu colégio, no município de Palhoça, quando atravessava a rua no deslocamento para casa. O veículo que atropelou Joaquina trafegava no sentido Palhoça-BR 101 quando de repente deparou-se com a criança atravessando a rua sem olhar. O atropelamento foi inevitável. O condutor do veículo parou no local e chamou pelo socorro. A viatura do Corpo de Bombeiros, ASU 56, chegou rapidamente ao local e prestou os primeiros atendimentos, imobilizando-a e colocando o colar cervical. A criança encontrava-se caída em via pública, em decúbito dorsal. Apresentava-se lúcida, orientada, consciente, com ferimento inciso cortante na região parietal do crânio; escoriações com ferimento corto-contuso na face e fratura no MSE. Joaquina não apresentava sangramento importante; sem sinais e sintomas de hemorragia interna.

Uma aeronave, Águia I, da Polícia Militar fez o transporte de Joaquina até a emergência do HIJG.

Diagnósticos de Enfermagem	Metas de Enfermagem	Avaliação de Enfermagem
<p><b>A. Estressores Fisiológicos</b></p> <p><i>Referidos pela criança:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dor nos ferimentos da cabeça e da face;</li> <li>- Dor no braço esquerdo;</li> </ul> <p><i>Identificados pelo acadêmico:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fratura MSE;</li> <li>2. Imobilidade resultante da fratura;</li> <li>3. Dor resultante dos ferimentos;</li> <li>4. Integridade da pele prejudicada;</li> <li>5. Dificuldade respiratória devido o posicionamento do colar cervical;</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Manter o MSE imobilizado;</li> <li>1.2 Manter o MSE elevado, na altura do coração para evitar o edema;</li> <li>1.3 Registrar e informar o desconforto proveniente da dor;</li> <li>1.4 Manter a criança em posição confortável no leito;</li> <li>1.5 Auxiliar a criança no alcance de objetos;</li> <li>1.6 Auxiliar a criança durante a ingesta alimentar;</li> <li>2.1 Estimular a criança a se movimentar, informando sobre a necessidade da manutenção da imobilização do local fraturado e dos cuidados referentes a brincadeiras que envolvam riscos de queda.</li> <li>3.1 Amenizar ou sanar a dor através da administração dos medicamentos conforme prescrição médica;</li> <li>4.1 Manter os locais de lesão protegidos até a avaliação médica;</li> <li>4.2 Efetuar curativo na face e cabeça com SF 0,9%;</li> <li>5.1 Solicitar ao serviço de Ortopedia que reposicione o colar cervical;</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Meta atingida. O serviço de ortopedia fez a imobilização do antebraço fraturado;</li> <li>1.2 Meta atingida;</li> <li>1.3 Meta atingida;</li> <li>1.4 Meta atingida;</li> <li>1.5 Meta proposta e não realizada, pois a criança não solicitou;</li> <li>1.6 Meta atingida;</li> <li>2.1 Meta aguardando confirmação, pois a criança ainda continua no leito;</li> <li>3.1 Meta atingida através da administração de analgésico conforme prescrição médica;</li> <li>4.1 Meta atingida, uma vez que os curativos só foram retirados no momento da avaliação médica;</li> <li>4.2 Meta atingida. Curativo efetuado com SF 0,9% em temperatura morna;</li> <li>5.1 Meta atingida. Avaliação da ortopedia determinou a retirada do colar cervical;</li> </ol>
<p><b>B. Estressores Psicológicos</b></p> <p><i>Referidos pela criança:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Medo de o pai brigar com ela;</li> <li>- Saudade da mãe e do pai;</li> </ul> <p><i>Identificados pelo Acadêmico:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Fácies de sofrimento relacionada à ausência dos pais no hospital;</li> <li>5. Medo da reação dos pais relacionado ao atropelamento.</li> <li>1. Ausência de acompanhante no momento da chegada ao hospital;</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4.1 Explicar as razões da ausência pais;</li> <li>4.2 Procurar atenuar a ausência dos pais colocando-se como um apoiador substituto;</li> <li>5.1 Transmitir confiança quanto ao entendimento da ocorrência pelos pais;</li> <li>5.2 Reduzir sentimentos de culpa pelo ocorrido;</li> <li>6.1 Investigar os motivos pelo qual a criança chegou à unidade sem acompanhante;</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4.1. Meta atingida, criança tranqüilizou-se;</li> <li>4.2 Meta atingida; resposta positiva da criança confirmada através de expressões de descontração, alegria e de demonstração de confiança de que os pais chagariam em breve;</li> <li>5.1 Meta atingida.</li> <li>5.2 Meta atingida através de conversa, na qual a criança verbalizou seus sentimentos.</li> <li>6.1 Meta atingida; a criança veio para o hospital transportada pela aeronave Águia I da Polícia Militar, e se tratando deste tipo de transporte não há como trazer junto o acompanhante, apenas a vítima;</li> </ol>

<p><b>C. Estressores Socioculturais</b></p> <p>7. Dificuldade em contatar com os pais.</p> <p>8. Demora na chegada dos pais até o hospital</p>	<p>7.1 Investigar os motivos pelos quais não era possível contatar com os pais.</p> <p>8.1 Investigar o porquê da demora dos pais.</p>	<p>7.1. Meta atingida; os pais já estavam a caminho do hospital, mas não podiam ser contatados devido a não estarem de posse de telefone celular;</p> <p>8.1. Meta atingida; a demora dos pais se deu devido ao transporte da criança ter sido feito com extrema rapidez por ser tratar de um helicóptero, enquanto os pais se deslocavam por terra, de forma lenta, vindos de Palhoça, município distante do centro de Florianópolis.</p>
--	--	--

Quadro 3 – Processo de Enfermagem I

A partir da compreensão de que o ser humano é um sistema aberto em contato com seu meio, em permanente mudança, movimento e interação recíproca com o mesmo, como Betty Neuman propõe em seu Sistema, pudemos nortear nossas ações na prática, desenvolvendo intervenções multidimensionais que atingissem todas as variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais.

Os resultados das intervenções de enfermagem foram constatados através da minimização ou eliminação dos estressores com base nos relatos dos pacientes e observação dos acadêmicos. No entanto, nem todas as metas foram alcançadas, já que os fatores ambientais, como por exemplo, a limpeza da unidade, são difíceis de serem modificados, pois dependem de outros setores e não só da enfermagem. Percebemos que as dimensões mais fáceis de serem atendidas foram as que dependem diretamente da equipe de enfermagem, como no caso das intervenções referentes ao desequilíbrio do núcleo vital básico e alguns aspectos psicológicos.

### **1.3 Oferecer a criança/adolescente e acompanhante um ambiente calmo e acolhedor durante sua permanência na unidade de emergência do HIJG**

#### Descrição das intervenções relacionadas

Nesta estratégia desejou-se contemplar a segunda fase do processo de enfermagem proposto pelos acadêmicos com base no processo sistematizado por Betty Neuman, que são as Metas de Enfermagem para minimização dos estressores.

Primeiramente, proporcionávamos que a criança/adolescente e seu acompanhante verbalizassem livremente suas necessidades, atendendo-as sempre que possível.

Buscamos promover um ambiente calmo e tranquilo para todas as crianças/adolescentes que se encontravam na unidade de emergência. Em especial,

dispensamos maior atenção às escolhidas para desenvolver o Processo de Enfermagem escrito orientado em Betty Neuman.

Dentre as estratégias utilizadas, destacamos a regulação da temperatura, luminosidade e ruídos do ambiente. À criança/adolescente, oferecíamos lençóis, cobertores e travesseiro, além de brinquedos e objetos de estimação que o acompanhante trouxesse de casa na tentativa de promover um ambiente o mais familiar possível. Quanto à luminosidade, tentava-se adequar às suas necessidades apagando a luz ou acendendo quando desejado e os ruídos eram minimizados sempre que possível.

Para o acompanhante, disponibilizávamos cadeiras, água e orientações sobre a alimentação oferecida na sala de observação, bem como nos propúnhamos a ficar com a criança/adolescente nos momentos em que necessitasse ir ao banheiro ou telefonar.

Os acadêmicos procuraram interagir intensamente com a criança/adolescente e acompanhante promovendo um vínculo de segurança e acolhimento, o que repercutiu positivamente à medida que os mesmos se sentiam mais a vontade naquele ambiente desafiador que é a unidade de emergência.

#### **1.4 Propiciar à criança/adolescentes atividades lúdicas, considerando as respectivas faixas etárias**

##### Descrição das intervenções relacionadas

A estratégia acima citada foi substituída pela primazia do acolhimento e promoção do ambiente calmo para a criança/adolescente e acompanhante. Tal estratégia foi modificada em razão da criança/adolescente em situação de urgência/emergência, público alvo de nossa prática assistencial, não estarem em condições psico-físicas favoráveis para o desenvolvimento de atividades lúdicas.

Observamos que a tentativa de promover brincadeiras como forma de entretenimento a essas crianças/adolescentes não obtiveram o sucesso esperado, pois eles preferiam o aconchego dos acompanhantes ao invés deste tipo de atividade. A maioria, encontrava-se sonolenta após a estabilização do quadro e adormecia durante o período em que os acompanhávamos. Esta experiência levou o grupo à reflexão de que as atividades lúdicas em geral, dentro da unidade de emergência, não contemplam o seu objetivo maior que é de manter a criança/adolescente ocupada e distraída durante sua estada na unidade, pois além de sua passagem por aquele setor ser rápida, salvo os que permanecem em observação, seu estado de saúde poucas vezes permitiu o alcance do objetivo das atividades previstas.

## **1.5 Ouvir os relatos da criança/adolescente e acompanhante sobre os estressores vivenciados durante o período de permanência na unidade e de sua condição de emergência**

### Descrição das intervenções relacionadas

A estratégia acima foi alcançada a partir do momento em que conseguimos escutar atentamente os relatos das crianças/adolescentes e acompanhantes. Primeiramente nos aproximávamos da criança/adolescente fazendo perguntas a respeito do seu quadro clínico, na tentativa de estabelecer um vínculo inicial. Na medida em que o grupo se aproximou desses clientes criou-se uma relação de confiança na qual a verbalização dos estressores internos e externos vividos por estes foi expressa com maior facilidade. Os relatos das crianças/adolescentes se deram, geralmente, no leito onde os mesmos se encontravam, diferentemente dos acompanhantes que por vezes preferiam conversar mais reservadamente, quer seja no corredor externo da emergência, ou até mesmo fora da unidade, nos bancos que existem na frente do hospital.

As conversas eram repletas de informações, até mesmo de cunho pessoal e continham informações significativas acerca dos estressores vivenciados pelas crianças/adolescentes e acompanhantes.

Exemplificamos esta afirmação através do relato de uma acompanhante na qual a criança fora vítima de queimaduras generalizadas enquanto a mãe cozinhava e que queria ir embora da emergência a qualquer custo, falando que ia dar a criança para o primeiro que aparecesse: *“ela não gosta nem um pingão daquele guri. Eu tenho muita pena dele... ela quer ir embora, abandonar tudo, e dar ele pra mim”*.

Muitas vezes alguns acompanhantes fugiam do tema questionado na tentativa de esconder o real motivo que os trazia a emergência. Foi o caso do avô de uma criança que estava recebendo os atendimentos de emergência, vítima de acidente de trânsito onde a mesma se encontrava no interior do veículo do pai, e que esse, durante uma crise de ciúmes, atropelou a própria esposa, mãe da criança, a qual veio a falecer no local.

O simples fato de escutar o que essas pessoas tinham a dizer servia de apoio para muitos; servia para os mesmos enfrentarem este momento difícil e estressante que é o atendimento de emergência.

## **1.6 Reconhecer os estressores ambientais da emergência do HIJG e propor alternativas para eliminá-los ou minimizá-los, de acordo com as possibilidades**

### Descrição das intervenções relacionadas

As ações referentes a esta estratégia serão descritas no objetivo 2, estratégia 2.6.

### **Avaliação do alcance do Objetivo 1**

Consideramos que o objetivo 1 foi alcançado uma vez que:

- Elaboramos o instrumento de identificação dos estressores com as variáveis fisiológicas, psicossociais, desenvolvimentais e espirituais da criança/adolescente e acompanhante;
- O processo orientado por Betty Neuman foi adotado no cotidiano constando das etapas identificação dos estressores, definição de metas e avaliações de enfermagem;
- Redigimos os 06 processos de enfermagem propostos;
- Desenvolvemos intervenções cotidianas para atenuar, minimizar ou eliminar os estressores que atinjam a criança / adolescente e acompanhante em situação de urgência/emergência.

Cita-se como dificuldade para o alcance desse objetivo a necessidade de evidenciar na prática os estressores. Este processo ocorreu à medida que o grupo foi vivenciando as situações cotidianas. Outra dificuldade foi a falta de agilidade na implementação de certas estratégias como a construção do instrumento de identificação dos estressores. Acreditamos que esta dificuldade decorreu da falta de organização do tempo dos acadêmicos, devido atividades extra-curso aliadas às da prática assistencial.

### **Declaração do Objetivo 2**

Compartilhar a metodologia de assistência de enfermagem adotada com a equipe de enfermagem da unidade de emergência do HIJG.

### **2.1 Apresentar o projeto de prática assistencial para a chefia e equipe de enfermagem da unidade de emergência do HIJG**

#### Descrição das intervenções relacionadas

A estratégia foi alcançada à medida que fizemos uma apresentação formal do projeto de prática assistencial para as enfermeiras supervisoras dos turnos matutino vespertino e

noturno e também para a professora da 5ª Unidade Curricular da Universidade Federal de Santa Catarina e membro de nossa banca.

A apresentação para os demais componentes da equipe de enfermagem foi inicialmente informal, ocorrendo quando estes estavam com poucas atividades referentes à unidade. Nestes momentos procurávamos compartilhar nossas propostas, metas e idéias, bem como buscamos sugestões que ampliassem/enriquecessem os vários aspectos do trabalho.

Num segundo momento apresentamos o projeto de maneira formal a toda equipe, utilizando como recurso a exposição de um pôster, cujas características serão relatadas no objetivo 2 estratégia 2.2. Logo após a apresentação deste, os funcionários passaram a compreender mais claramente que nosso objetivo na unidade não era a realização de técnicas exclusivamente, e sim um trabalho de busca, observação e intervenção frente à estressores em especial das crianças em situação efetiva de urgência/emergência .

A divulgação do projeto também ocorreu junto aos médicos e residentes da Unidade, os quais durante todo o tempo de convívio, demonstraram-se bastante solícitos e cooperativos às nossas propostas.

## **2.2 Expor, através de pôster, a metodologia do trabalho a ser realizado na unidade de emergência do HIJG**

### Descrição das intervenções relacionadas

Confeccionamos um pôster cujo objetivo principal foi apresentar formalmente nosso projeto de prática assistencial à equipe da Unidade de Emergência do HIJG (Apêndice D), bem como a todos os interessados. O mesmo foi afixado por volta da 3ª semana de estágio facilitando, a partir de então, maior entendimento do projeto principalmente para componentes do turno noturno.

O pôster foi composto das seguintes informações: título do trabalho, autores, objetivo geral, objetivos específicos, uma breve explicação da Teoria dos Sistemas de Betty Neuman, metodologia utilizada e bibliografia. O mesmo ficou em exposição no corredor de fluxo interno da Unidade, sendo elogiado pelos membros da equipe de enfermagem da emergência do HIJG, acadêmicos de enfermagem da 5ª unidade curricular da UFSC, alunos do curso técnico profissionalizante do colégio Geração, bem como dos médicos e residentes, os quais referiram serem interessantes as propostas de trabalho.

Surgiram alguns questionamentos referentes ao modelo de Sistemas de Betty Neuman e uma grande maioria definiu o mesmo como complicado e de difícil compreensão. Isto

desencadeou discussões com os leitores do pôster, onde a principal dúvida pairava sobre de que forma os estressores influenciavam o sistema. Após nossas explicações as pessoas se surpreendiam com a complexidade do mesmo, mas o achavam coerente com a realidade do ser humano e com as situações vividas na emergência.

### **2.3 Demonstrar como foram realizadas as diversas etapas do processo de enfermagem**

#### Descrição das intervenções relacionadas

Durante nossa prática assistencial selecionamos os casos que deram entrada na Unidade de emergência e que tinham maior relevância. Primeiramente efetuávamos as intervenções de enfermagem com o objetivo de prevenção primária. Essa tinha como alvo identificar os estressores e evitar que os mesmos comprometessem o núcleo vital básico. Posteriormente, trabalhávamos a prevenção secundária e terciária, como o objetivo de recuperar e manter o equilíbrio interno, além de fortalecer a estrutura afetada pelos estressores.

Ao final das intervenções, registrávamos os dados em um diário de campo compartilhando os mesmos com a equipe de enfermagem da emergência do HIJG. Esse diário serviu de subsídio para demonstrarmos nossas estratégias na construção dos processos de enfermagem. Durante o compartilhamento dessas idéias, a equipe também contribuía com as suas percepções sobre outros estressores que o grupo não identificou, propiciando assim uma ampla construção dos processos de enfermagem.

Durante todo o estágio, debatemos a confecção dos processos de enfermagem com as Enfermeiras supervisoras, bem como com os demais membros da equipe de enfermagem, além dos médicos e residentes presentes no cotidiano da unidade.

### **2.4 Solicitar que membros da equipe de enfermagem auxiliem no reconhecimento dos diferentes tipos de estressores e definição de intervenções pertinentes**

#### Descrição das intervenções relacionadas

Primeiramente começamos a definir os estressores com base nos instrumentos aplicados e nas observações efetuadas durante o estágio.

Formulado um conjunto inicial, iniciamos um processo de inclusão de complementação e aperfeiçoamento junto às enfermeiras supervisoras e demais membros da equipe de enfermagem. Nos momentos de menor movimento da unidade aproveitávamos para

debater com a equipe os estressores que cada um apontava. Como a escala de funcionários é dividida em três (3) plantões, decidimos abordar a equipe durante três (3) dias seguidos a fim de que todos os funcionários colaborassem.

Alguns estressores apontados pela equipe nos surpreenderam, como por exemplo, o estresse que o acompanhante vivencia através do preconceito para com os funcionários (opção sexual, raça, idade, etc).

Após a elaboração da lista de estressores (tanto referentes à criança/adolescente como para os acompanhantes) buscamos a participação da equipe para a proposição das intervenções visando a solução dos mesmos. Além da busca interpessoal, decidimos confeccionar cartazes com os estressores encontrados e afixá-lo num local visível da unidade para as pessoas pudessem ir registrando as contribuições pertinentes. Primeiramente afixamos o cartaz no corredor interno principal da unidade, no entanto, achamos que o local não era adequado, pois crianças menores poderiam removê-lo. Decidimos colocá-lo na copa, local onde a equipe normalmente se reúne, em momentos de menor sobrecarga de atividades. O cartaz dos estressores da criança/adolescente ficou afixado por 4 dias, em seguida o mesmo foi trocado pelo do acompanhante que permaneceu 2 dias. Momentos deste processo foram fotografados conforme visualizado no Anexo E.

Após a colocação dos cartazes, sempre que algum membro da equipe tinha um tempo livre os acadêmicos convidavam o mesmo para contribuir com idéias de intervenções para solução de estressores. Os membros da equipe colaboraram intensamente e se mostraram muito interessados, inclusive efetuando sugestões importantes que foram acatadas no desenvolvimento de nosso trabalho tais como a identificações de novos estressores e propostas de intervenções.

## **2.5 Elaborar um encarte com estressores vigentes na situação de internação em emergência pediátrica e com as possibilidades de intervenção de enfermagem; disponibilizar este material para unidade de emergência**

### Descrição das intervenções relacionadas

Depois de atingido estratégia 2.4 do objetivo 2, montamos um encarte contendo os estressores encontrados e as possibilidades de intervenções dos mesmos.

O encarte foi elaborado de forma que pudesse ser utilizado fácil e rapidamente, com colunas para assinalar os estressores encontrados nas situações cotidianas, bem como as intervenções a serem realizadas.

Após a finalização do encarte, entregamos o mesmo à Enfermeira Chefe da Unidade de Emergência do HIJG.

Segue o encarte contendo os estressores identificados e as propostas de intervenções de enfermagem relacionadas.

**IDENTIFICAÇÃO E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM FRENTE AOS ESTRESSORES DE CRIANÇAS/ADOLESCENTES E ACOMPANHANTES EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA**

**Nome da criança:**

**Data de avaliação:**

Estressores da criança/adolescente	Estressores encontrados na situação (assinalar)	Possibilidade de intervenções de Enfermagem	Intervenções adotadas (assinalar)
Dor e desconforto perante procedimentos. (retirada de gesso, punção endovenosa, instalação de cateter de oxigênio, sutura, cateterismo vesical etc.).		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicar os procedimentos antes de executá-los;</li> <li>- demonstrar por meio de brinquedos/bonecos o procedimento que será realizado;</li> <li>- mudar o foco de atenção do paciente durante o procedimento (ex: televisão, “respirar fundo”, bonecos e desenhos afixados nas paredes etc.)</li> <li>- acomodar o paciente no colo do acompanhante de forma a se sentir segura;</li> <li>- manter o acompanhante perto, sempre que possível;</li> <li>- proporcionar conforto físico (ex. posicionamento na maca, questionar em qual posição prefere ficar se for possível escolher e permitir);</li> <li>- avisar previamente que será recompensado se houver colaboração durante o procedimento (ex. certificado de coragem, seringa, desenhos para colorir etc.);</li> <li>- flexionar e abduzir a perna do mesmo lado na qual será administrada a medicação intra-muscular, de forma que o paciente não consiga contrair o glúteo;</li> <li>- oferecer sucção não-nutritiva (ex. enluvar a mão e oferecer o dedo para que o bebê sugue, liberar o uso de chupetas para crianças que façam uso da mesma).</li> </ul>	
Contenção para realização de procedimentos.		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicar o porquê da contenção;</li> <li>- negociar/barganhar (“pode chorar, mas não pode mexer o braço”);</li> <li>- segurar a criança/adolescente com firmeza, porém de forma que a força aplicada não provoque dor ou outras lesões.</li> </ul>	
Sangue, agulha, luvas, “pessoas de branco”, máscara, aparelhos (oxímetro, aparelho de pressão, nebulizador).		<ul style="list-style-type: none"> <li>- para crianças menores (até dois anos), evitar que a mesma visualize agulhas e sangue;</li> <li>- para crianças maiores e adolescentes, familiarizá-los com os materiais que serão utilizados no procedimento;</li> <li>- mostrar através de objetos como jogos e bonecos, as técnicas que serão realizadas;</li> <li>- utilização do “pijama” colorido ao invés de jaleco e roupa branca.</li> <li>- deixar, quando possível, que a criança/adolescente manipule os objetos a serem utilizados no procedimento.</li> </ul>	
Temperatura, luminosidade e ruídos do ambiente desconfortáveis para o paciente.		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Questionar a criança/adolescente e acompanhante se as condições do ambiente estão de acordo com suas necessidades;</li> <li>- regular a temperatura e/ou luminosidade de acordo com a necessidade criança/adolescente através de medidas como:</li> </ul>	

		ligar/desligar o ar-condicionado, oferecer lençol para se cobrir, apagar/acender a luz etc.;	
		- fechar a porta quando possível;	
		- descobrir o foco do ruído (televisão, conversas da equipe) e tentar amenizá-lo quando possível.	
Ambiente estranho; fora do convívio social.		- Apresentar-se à criança/adolescente;	
		- tentar estabelecer um vínculo de confiança/afetividade com o criança/adolescente;	
		- apresentar parte da unidade (banheiro, sala de observação, bebedouro), quando possível, que será utilizada pela criança/adolescente;	
		- facilitar as atividades de entretenimento (ver televisão, ler);	
		- decorar o ambiente da unidade com desenhos/figuras coloridas;	
		- orientar o acompanhante a trazer objetos de estimulação da criança/adolescente (“cheirinho”, brinquedo, travesseiro).	
Interrupção de suas obrigações e responsabilidades sociais (escola, esporte, hobby).		- Explicar a importância/necessidade de sua permanência na emergência;	
		- orientar sobre as alternativas de recuperação das atividades escolares, desenvolvidas pelo serviço de pedagogia do HIJG, em caso de necessidade internação;	
		- oferecer informações sobre atestado (recuperar provas, trabalhos escolares).	
Separação do acompanhante (quando vai fazer ficha, durante exame, durante telefonema, quando vai ao banheiro, quando vai se alimentar).		- Orientar o acompanhante que explique à criança/adolescente o motivo da separação e assegurar sua volta;	
		- oferecer-se se possível para acompanhar a criança/adolescente enquanto o acompanhante estiver ausente.	
Medo da repreensão por ter feito “algo errado”.		- Questionar sobre seus medos e deixar que o mesmo verbalize suas angústias e preocupações;	
		- explicar, quando o paciente não tiver culpa, que é sabido que não está doente por motivo próprio;	
		- tratar com carinho e afeto não demonstrando julgamento em relação à sua situação;	
		- esclarecer que a equipe não está ali para repreendê-lo ou julgá-lo e sim para ajudar.	
Fome / sede.		- Questionar com o acompanhante ou com a própria criança/adolescente, quando estiver em dieta liberada, se já se alimentou e ingeriu água;	
		- explicar que o lanche trazido pela copa é para seu consumo e do acompanhante.	
		- oferecer água/alimentação quando não tiver restrição;	
		- em caso de restrição explicar a importância e informar que logo que restabelecida suas condições poderá comer e beber;	
		- umedecer os lábios da criança/adolescente com gaze molhada quando houver restrição à ingestão hídrica;	
Presenciar o sofrimento de outras crianças/ adolescentes		- Evitar, sempre que possível que procedimentos de maior sofrimento sejam realizados na presença das demais crianças/adolescentes;	
		- orientar que os acompanhantes juntamente com a criança/adolescente, aguardem do lado de fora da sala onde outras crianças/adolescentes sofrem algum procedimento;	
		- tranquilizar a criança/adolescente que necessite presenciar procedimentos traumáticos, assegurando que não precisará ser submetido ao mesmo procedimento, quando esta for a situação.	
Vivências anteriores		-Questionar se já vivenciou alguma experiência semelhante;	

(experiências dolorosas, internações prévias).		- deixar que a criança/adolescente verbalize suas angústias e medos; - explicar que o momento atual necessariamente não será igual ao que viveu anteriormente.	
Comportamentos “negativos” do acompanhante (castigos, nervosismo excessivo).		- Conversar com o acompanhante e explicar a importância de seu apoio e tranquilidade para o restabelecimento da saúde e cooperação da criança/adolescente. - aconselhar que o acompanhante dê uma volta, faça algum contato, busque alguma ajuda favorecendo seu reequilíbrio; - com crianças maiores e adolescentes, tentar explicar o que se passa com o acompanhante.	
Comportamentos “negativos” do acompanhante (castigos, nervosismo excessivo).		- Conversar com o acompanhante e explicar a importância de seu apoio e tranquilidade para o restabelecimento da saúde e cooperação da criança/adolescente. - aconselhar que o acompanhante dê uma volta, faça algum contato, busque alguma ajuda favorecendo seu reequilíbrio; - com crianças maiores e adolescentes, tentar explicar o que se passa com o acompanhante.	

Quadro 9 – Estressores e possibilidade de intervenções junto à criança/adolescente

<b>Estressores do acompanhante</b>	<b>Estressores encontrados na situação (assinalar)</b>	<b>Possibilidade de intervenções de Enfermagem</b>	<b>Intervenções adotadas (assinalar)</b>
Falta de informação sobre os procedimentos a que a criança / adolescente é submetida.		- Informar todos os procedimentos e a importância dos mesmos; - explicar termos técnicos durante a orientação dos procedimentos aos acompanhantes; - deixar que o acompanhante verbalize suas dúvidas e solucioná-las sempre que possível; - orientar quanto aos cuidados que o acompanhante deve executar após a administração de alguns medicamentos e outros procedimentos.	
Dúvida em relação ao prognóstico do estado da criança / adolescente.		- Mantê-lo informado sobre a evolução do estado de saúde da criança/adolescente; - mostrar-se disponível para sanar dúvidas.	
Falta de esclarecimento do diagnóstico médico.		- Conversar (médico ou enfermeiro) com o acompanhante e esclarecer suas dúvidas; - orientar ao acompanhante que aproveite o momento do exame médico e das avaliações subsequentes para sanar suas dúvidas.	
Presenciar a dificuldade na realização de alguns procedimentos (“ruim de veia”).		- Explicar que muitas vezes alguns procedimentos são difíceis de serem realizados devido à condição de saúde da criança/adolescente; - questionar se prefere se retirar do ambiente no momento de dificuldade; - incluir, sempre que possível, o acompanhante nos procedimentos; - informar que é realizado rodízio de funcionários na realização de procedimentos com maior dificuldade a fim de buscar renovação da tranquilidade daquele que executa o mesmo.	
Sangue, agulha, máscara.		- Orientar o que será utilizado no procedimento; - esclarecer que agulhas e seringas são descartáveis; - explicar o porquê da utilização da máscara em algumas situações.	
Presenciar o sofrimento de outras crianças/adolescentes e		- evitar, quando possível, que presencie este tipo de situação;	

acompanhantes.		<ul style="list-style-type: none"> <li>- oferecer alternativas que desviem o foco da situação (ex. sugerir que dê uma caminhada no corredor).</li> <li>- informar e assegurar que sua criança/adolescente não necessitará destes procedimentos (quando for o caso).</li> </ul>	
Condições/situações adversas no pré-atendimento (demora, sentir-se mal-atendido).		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deixar que verbalize seu descontentamento;</li> <li>- orientar que as informações serão repassadas à equipe, a fim de diagnosticar o que ocorreu e solucionar o que for possível.</li> </ul>	
Demora de resultado de exames.		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar quanto ao tempo de demora nos resultados, já que somente um laboratório atende todo o hospital;</li> <li>- avisar à equipe para que tente agilizar os resultados, junto ao laboratório, sempre que possível;</li> <li>- informar ao acompanhante que o laboratório se encarrega de levar o resultado dos exames à emergência assim que estiverem prontos;</li> <li>- oferecer opções de distração enquanto aguarda os resultados (ex. dar uma volta no corredor, assistir televisão, ir ao solário se possível).</li> </ul>	
Falta de vagas para internação.		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informar que o HIJG é um hospital de referência estadual o que produz excesso de demanda sem estrutura para atender a todas as crianças/adolescentes que necessitam de internação;</li> <li>- deixar claro que o tratamento da criança/adolescente não depende da alta para ser iniciado;</li> <li>- explicar que à medida que as altas das unidades de internação ocorrem, surgem novas vagas.</li> </ul>	
Demora no atendimento.		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informar o porquê da demora;</li> <li>- tentar agilizar o fluxo de pacientes na emergência.</li> </ul>	
Esgotamento físico (sem dormir, sem comer, hipervigilância).		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Questionar quanto às suas necessidades fisiológicas (se tem sono, fome, vontade de ir ao banheiro, sede etc.);</li> <li>- orientar que aproveite os períodos de estabilidade da criança/adolescente para relaxar, dormir e alimentar-se;</li> <li>- orientar que o acompanhante faça rodízio com outras pessoas, se possível;</li> <li>- encaminhar ao serviço social para o esclarecimento de seus direitos (alimentação, local para banho);</li> <li>- oferecer uma cadeira, um copo de água, comida sempre que possível;</li> <li>- informar que o lanche disponível na sala de observação é para consumo da criança/adolescente e seu acompanhante.</li> </ul>	
Preocupações externas (com pessoas dependentes dela, como outros filhos, avós).		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporcionar abertura para que verbalize suas angústias;</li> <li>- mostrar-se disponível a buscar alternativas para resolver suas preocupações;</li> <li>- acionar a assistência social quando necessário.</li> </ul>	
Impossibilidade de vários acompanhantes estarem juntos da criança.		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicar que o ambiente físico da unidade não comporta um grande número de acompanhantes;</li> <li>- explicar que muitas pessoas circulando na unidade dificultam o trabalho da equipe;</li> <li>- sugerir que os acompanhantes façam rodízio para estarem com a criança/adolescente durante sua permanência.</li> </ul>	
Medo de contágio de outras doenças.		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informar, quando existe o real risco de contágio, sobre as formas de proteção (ex. uso de máscara, avental e isolamento do paciente infectado);</li> <li>- orientar que evite ficar “circulando” com a criança/adolescente pelos corredores da emergência.</li> </ul>	
Isolamento da criança / adolescente (meningite, varicela ou ainda colocação da criança na sala de isolamento quando		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deixar que o acompanhante verbalize suas preocupações em relação ao isolamento de sua criança/adolescente;</li> <li>- explicar o porquê de a criança estar isolada;</li> <li>- orientar sobre as formas de prevenção do contágio;</li> </ul>	

faltam vagas na enfermaria de observação).		- informar que a criança encontra-se no isolamento porque não há mais vagas na sala de observação, quando e for o caso.	
Problemas de limpeza do local (lençol sujo, vômitos, gaze no chão, etc).		- Deixar que verbalize seu descontentamento; - orientar que as informações serão repassadas à equipe, a fim de diagnosticar o que ocorreu e solucionar o que for possível; - estar atento a essas condições e buscar solução dos problemas junto à equipe de limpeza; - orientar os usuários da emergência que zelem pela limpeza e ordem do ambiente.	
Receio em relação à competência da equipe.		- Explicar que a equipe é capacitada para a realização de tais atendimentos; - informar que todos os procedimentos realizados são realmente necessários; - deixar que verbalize sua insatisfação e discuti-la com a equipe de forma a aperfeiçoar o atendimento.	
Rejeição ao profissional (preconceito com idade, opção sexual, raça e com alunos).		- Esclarecer preconceito e desrespeito ao funcionário público no exercício de sua função é crime previsto em lei; - informar que todos os profissionais são capacitados, independente de suas condições pessoais; - orientar que o HIJG é um hospital escola e, portanto o atendimento poderá ser efetuado por um aluno e que este sempre estará sobre a supervisão de um professor.	
Falta ao trabalho (chefe/patrão que descontará de seu salário, emissão de atestado).		- Orientar que tem direito, ao final do período de hospitalização, ao atestado médico com cobertura de todos os dias em que esteve ausente no trabalho.	
Dificuldade financeira (adquirir alimentação, remédios).		- Acionar a assistência social quando necessário; - informar que o governo fornece alguns dos medicamentos nos postos de saúde.	
Dificuldade com o transporte após a alta (horário da ambulância, motorista querendo ir embora).		- Discutir com o médico uma forma de conciliar o horário da alta da criança/adolescente com a ambulância; - tentar agendar horário da ambulância para pacientes e acompanhantes.	

Quadro 10 – Estressores e possibilidade de intervenções junto ao acompanhante

## **2.6 Consultar as enfermeiras supervisoras sobre a possibilidade de anexar partes da metodologia utilizada pelos acadêmicos no prontuário das crianças/adolescentes**

### Descrição das intervenções relacionadas

No início da prática assistencial questionamos com a Enfermeira Chefe da unidade sobre a possibilidade do encarte tornar-se parte do prontuário do paciente. Fomos informados que essa era uma decisão que não cabia somente a ela, e sim da autorização da Gerência de Enfermagem do hospital, como também do consentimento de todas as Enfermeiras das outras unidades. Além disto, o prontuário é visto como “propriedade” do médico o que dificulta a anexação de outros documentos pertinentes ao serviço de Enfermagem.

### **Avaliação do alcance do Objetivo 2**

Consideramos que objetivo 2 foi alcançado dado que :

- Apresentamos o projeto de prática assistencial às supervisoras, à equipe de enfermagem e aos médicos e residentes;
- Expomos através de pôster a metodologia do trabalho;
- Demonstramos como estavam sendo realizadas as diversas etapas do processo de enfermagem;
- Obtivemos uma rica participação dos membros da equipe de enfermagem na construção dos estressores e das intervenções pertinentes;
- Disponibilizamos o encarte com estressores comumente encontrados e possibilidades de intervenção de enfermagem para a Unidade de Emergência do HIJG;
- Consideramos que houve conhecimento, sensibilização e participação da equipe na metodologia de assistência de enfermagem adotada pelos acadêmicos.

Destacamos que os aspectos mais significativos deste objetivo foram os momentos de discussão com a equipe que se mostrava interessada, ia complementando as idéias que surgiam, incluindo sua experiência resultante do contato diário com as crianças/adolescentes e acompanhantes na unidade de emergência. Percebemos a importância e riqueza da colaboração da equipe de enfermagem na identificação dos estressores vivenciados, bem como nas possibilidades de intervenções.

Devido a complexidade do Modelo de Sistemas de Betty Neuman a maioria dos membros da equipe da emergência explicitou dificuldade em entendê-lo. No entanto, após a apresentação deste através do pôster e da explicação dos acadêmicos, a compreensão se tornou mais clara.

Ressalte-se que o referencial teórico de Betty Neuman difere do que se segue na Emergência, mais voltado à linha biologista, porém em alguns aspectos promove assistência em outras dimensões. Não é incomum encontrarmos o médico ou a equipe de enfermagem prestando apoio emocional às crianças/adolescentes e/ou acompanhantes.

Acreditamos que ao entrarem em contato com proposta de trabalho dos estressores, puderam ver a situação que vivenciam há tantos anos com outra perspectiva, repensando a forma de atender às crianças/adolescentes e acompanhantes, ampliando sua assistência.

### ***Declaração do Objetivo 3***

Acompanhar e colaborar na organização administrativa da unidade de emergência do HIJG, e na gerência da assistência de enfermagem nas situações de urgência/emergência vivenciadas pela criança/adolescente e acompanhante.

### **3.1 Acompanhar a dinâmica de atendimento da criança/adolescente e acompanhante nas situações de urgências/emergências desenvolvidas na unidade de emergência do HIJG**

#### Descrição das intervenções relacionadas

Desde o primeiro dia de estágio nos empenhamos junto à Enfermeira Chefe da Unidade na busca de dados para que pudéssemos aprender aspectos que caracterizam a estrutura da unidade de emergência, bem como a dinâmica de atendimento da criança/adolescente e acompanhante.

A dinâmica da unidade de emergência do HIJG ocorre da seguinte forma: a criança/adolescente e seu acompanhante chegam à unidade de emergência, fazem a ficha de atendimento no balcão; a criança/adolescente é pesada e verificada a temperatura. Neste momento é realizada uma triagem, onde se qualifica os quadros mais graves ou com possibilidade de complicação. Os guardas chamam as crianças/adolescentes e acompanhante por ordem de chegada, ou se o quadro for grave os mesmos são diretamente encaminhados para atendimento médico, sem ficar na fila de espera.

A criança/adolescente e acompanhante aguardam na sala de espera interna onde ficam de frente para as 04 portas dos consultórios. A luz acesa, a cima de cada porta indica que o consultório está livre, e estes devem se encaminhar aos mesmos. No consultório 1 o atendimento é feito pelo médico *staff* (pediatra que faz parte do quadro de servidores do Instituição) que é responsável pelos casos de maior gravidade e pela supervisão dos residentes do último ano de residência (R2), os dois juntos são responsáveis pelo fluxo interno de crianças/adolescentes na emergência; o consultório 2 é de um dos R2; outro R2 atende na sala de medicação e é responsável pelo acompanhamento e reavaliação das crianças/adolescentes; nos consultórios 3 e 4 atendem os residentes do primeiro ano de residência (R1) que são responsáveis somente pelas consultas e são supervisionados pelos R2.

Após a consulta, a criança/adolescente e acompanhante podem ter os seguintes atendimentos definidos pelo médico: medicação, medicação e observação, medicação/observação/exames ou então é liberado para casa. No caso de serem encaminhados à sala de medicação, os mesmos são atendidos pela equipe de enfermagem que prepara e administra a terapêutica indicada pelo médico.

As crianças/adolescentes que necessitam de observação são levadas por um funcionário para um dos leitos da sala de observação ou isolamento, ficando ali assistidos até que recebam alta médica ou internam em uma das unidades do HIJG.

Os casos que necessitam de observação são aqueles em que a criança/adolescente apresenta risco de agravo do quadro, como por exemplo, desidratação moderada ou intensa, TCE, crises convulsivas e desconforto respiratório agudo.

Na sala de observação, são realizados cuidados de enfermagem tais como: administração de medicamentos, verificação de sinais vitais, rehidratação endovenosa, nebulização, oximetria etc. A reavaliação freqüente é feita pelo médico R2 juntamente com o *staff*.

A equipe de Enfermagem acompanha de perto esses cuidados e é quem muitas vezes faz o contato com o médico, comunicando dos agravos e melhoras nos quadros das crianças/adolescentes. Além disto, são eles quem fazem os controles (sinais vitais, diurese, evacuação, vômitos), administram as medicações prescritas e registram estes dados nos prontuários que ficam localizados na mesa do R2, na sala de medicação.

Nas salas de isolamento ficam normalmente as crianças/adolescentes com doenças contagiosas (varicela, meningite bacteriana, sarampo etc.). Neste local a equipe usa equipamentos de proteção (máscara, óculos, luvas) e orienta os acompanhantes quanto a importância dos mesmos. Nestes ambientes também permanecem crianças/adolescentes com outras necessidades tais como imunodeprimidos e aqueles que sofreram violência. Já na sala de observação ficam as crianças/adolescentes que não oferecem risco de contágio de doenças aos demais.

Caso seja necessária a internação, o médico faz uma Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e então o acompanhante é encaminhado até a central de registros e abre um prontuário. Um dos membros da equipe de enfermagem acompanha a criança/adolescente até a unidade em que será internada.

Se o paciente é da Cirurgia Pediátrica (CIPE), ele aguarda na sala de espera externa até ser chamado pelo guarda, a pedido da equipe, e se encaminha diretamente para sala de cirurgia, sem passar pelo consultório de clínica médica. Os atendimentos mais freqüentes da CIPE na emergência são as suturas, pequenos queimados, troca de dispositivos como sondas, cateteres, e criança/adolescentes com suspeita de apendicite, etc.

Em alguns casos, quando há dúvida acerca do diagnóstico da criança/adolescente, os médicos da clínica médica pedem avaliação aos médicos da CIPE e por vezes encaminham os pacientes para este serviço.

O serviço de ortopedia funciona independente dos outros setores da emergência (clínica médica e CIPE). Possui equipe de enfermagem própria, médicos e residentes especialistas em ortopedia. Lá são realizados procedimentos como colocação de gesso, talas

entre outros. Os acadêmicos não atuaram com o serviço de ortopedia dado que os casos mais graves eram normalmente encontrados nos pacientes da clínica médica.

A planta baixa da Unidade de Emergência do HIJG está demonstrada no Apêndice F.

### **3.2 Conhecer as atribuições da equipe de enfermagem que atua na unidade de emergência do HIJG**

#### Descrição das intervenções relacionadas

Buscamos conhecer o papel das enfermeiras, técnicos e auxiliares de enfermagem, junto à Enfermeira Chefe da Unidade de Emergência do HIJG, além da observação das atividades, no cotidiano, de todos os demais membros da equipe. Desta forma identificamos que às Enfermeiras é reservado o papel de coordenação da equipe de plantão, gerenciamento da assistência, e outras atividades exclusivas do Enfermeiro como, por exemplo, a realização de cateterismo vesical, punção venosa da jugular e outros. A função administrativa da unidade também é de sua responsabilidade, desenvolvendo atividades como remanejamento de função dentro do turno de serviço, elaboração da escala de trabalho dos funcionários, supervisão do aparato tecnológico usado na unidade (oxímetro, monitor cardíaco, foco, etc), entre outras.

Já os técnicos e auxiliares de enfermagem têm como responsabilidades atividades como: administração de medicações, pequenos curativos, punção de acessos venosos com scalp e abocath, além da reposição de material da Unidade, acompanhamento e registros das condições da criança/adolescente.

### **3.3 Interagir e posicionarmo-nos como parceiros frente à equipe de trabalhadores de saúde da unidade de emergência, especialmente de Enfermagem**

#### Descrição das intervenções relacionadas

No início do estágio percebemos que alguns membros da equipe de enfermagem esperavam de nós o desempenho de um papel semelhante ao de acadêmicos de fases anteriores do curso de graduação, cuja ênfase recai sobre desenvolvimento de procedimentos e assistência a qualquer criança/adolescente, mesmo que sua situação não se caracterize como urgência/emergência. Aos poucos, à medida que mostrávamos quais eram os objetivos de nosso projeto, a equipe foi percebendo nosso papel. Por outro lado, nós próprios tínhamos uma expectativa de atender crianças/adolescentes numa situação de maior gravidade, estas não permaneciam na emergência; iam diretamente para unidade de terapia intensiva (UTI) e

semi-intensiva (emergência interna). Assim, também tivemos que redefinir dentre as crianças/adolescentes e acompanhantes quais efetivamente seriam objeto de nosso cuidado.

Vimos ainda que em vários momentos não existiam na emergência crianças/adolescentes e acompanhantes em situação efetiva de urgência e emergência. Assim, passamos também a desenvolver atividades usuais da equipe. A partir daí os laços de confiança e o vínculo estabelecido iam se solidificando. Sempre que algum membro da equipe realizava algum procedimento, procurávamos estar presentes, seja ajudando na realização dos mesmos ou aproveitando para esclarecimento de dúvidas e sugestões. Através destas atitudes buscávamos o fortalecimento da parceria com a equipe.

Em um determinado dia, no início do período, fomos abordados por uma das funcionárias do setor solicitando que fôssemos avaliar um paciente na sala de observação. Este fato nos deixou muito satisfeitos, pois estávamos sendo percebidos como profissionais, revelando-se a confiança da equipe em nossa atuação.

### **3.4 Acompanhar o trabalho das enfermeiras da unidade de emergência do HIJG e dialogar continuamente sobre o papel do enfermeiro nesta unidade**

#### Descrição das intervenções relacionadas

Cotidianamente acompanhávamos o trabalho das Enfermeiras que estavam de plantão na Unidade. Assim que chegávamos acompanhávamos a passagem de plantão, onde sempre interagíamos com as mesmas sobre os casos clínicos que ali se encontravam. Muitas vezes tentávamos aprender o papel de enfermeiro da unidade com objetivo de aumentar nossa experiência profissional, bem como nossa independência dentro da unidade.

Também a rotina administrativa era acompanhada e compartilhada entre os acadêmicos e as Enfermeiras. Exemplo disso foram as atividades de elaboração conjunta de escala de serviço (Apêndice G), de férias e licença prêmio (Apêndice H), tabela com a cor dos tubos de acordo com o exame a ser coletado (Apêndice I), planilha de passagem de plantão dos materiais da unidade (Apêndice J), tabelas para consultas da equipe da unidade como a tabela de sinais vitais distribuídos por sexo e faixa etária (Anexo I), tabela de escala de coma de Glasgow (Apêndice J). Para elaborar esta última efetuamos uma consulta aos funcionários do laboratório sobre a relação da cor dos tubos com os exames. Uma cópia deste trabalho foi solicitada pela UTI.

### **3.5 Colaborar no encaminhamento da criança / adolescente e acompanhantes para outros setores em caso de internação, quando necessário**

#### Descrição das intervenções relacionadas

Durante nossa prática assistencial tivemos a oportunidade de acompanhar alguns casos de internação nas unidades do HIJG. Este procedimento seguia uma rotina: antes de sair da emergência, o prontuário da criança/adolescente era registrado no Livro de Registros de Internações e conferido. Nele, deveriam constar documentos como a Ficha de Internação Hospitalar (que contém os dados da criança/adolescente e acompanhante), os exames, a prescrição médica, os controles de sinais vitais, entre outros.

Assim, a criança/adolescente era conduzida juntamente com seu acompanhante e um funcionário da emergência e/ou acadêmico até a unidade de internação. Na unidade de destino o membro da equipe de enfermagem da emergência repassa as informações sobre o estado geral e evolução da criança/adolescente a um membro da unidade de internação.

Percebemos que a ida até a unidade se tornava um momento propício para esclarecimentos, orientações à acerca da internação e rotinas do hospital, bem como para prestar apoio emocional aos acompanhantes e crianças/adolescentes.

Algumas vezes, durante o trajeto até a unidade de destino, nos deparamos com momentos de angústia vividos pelos acompanhantes, como foi o caso de um bebê de 1 mês e 15 dias que internou na UTI com quadro de Insuficiência Respiratória Aguda. Sua acompanhante (avó) mostrou-se chorosa e aflita durante todo o trajeto; as dúvidas sobre a gravidade do quadro da neta e onde iria passar a noite (já que era de longe e não tinha parente na região), a angustiaram ainda mais.

#### **Avaliação do alcance do Objetivo 3**

Consideramos que objetivo 3 foi alcançado dado que:

- Apreendemos a dinâmica de atendimento da criança/adolescente e acompanhante;
- Conhecemos as atribuições da equipe de Enfermagem, principalmente da Enfermeira;
- Atuamos em parceria com toda a equipe da emergência do HIJG, principalmente com a de Enfermagem;
- Colaboramos na organização das funções administrativas;
- Buscamos atuar com futuros enfermeiros de uma unidade de emergência pediátrica;

- Efetuamos encaminhamentos de criança/adolescente e acompanhantes para outros setores.

O alcance desse objetivo não ofereceu dificuldade, pois durante todo estágio de prática assistencial nos sentimos acolhidos pelas Enfermeiras Supervisoras, bem como toda a equipe de enfermagem da unidade de emergência. Sentimos que se interessaram pela nossa formação, mas também colaboramos em seu trabalho e contribuimos para melhoria da assistência prestada.

#### ***Declaração do Objetivo 4***

Ampliar os estudos relacionados às situações de urgência/emergência em pediatria fortalecendo o desenvolvimento de uma prática sustentada teoricamente.

#### **4.1 Complementar a revisão básica de condições clínicas comumente apresentadas pelas crianças/adolescentes na unidade de emergência**

##### Descrição das intervenções relacionadas

No projeto de prática assistencial efetuamos revisões preliminares de problemas reconhecidamente vigentes em unidades de emergência quais sejam: Desequilíbrio Hidroeletrólítico, Convulsões e Epilepsia, Parada Cárdio-respiratória e Lesões Traumáticas. Estas foram complementadas com ênfase nos principais cuidados de Enfermagem identificados pelo grupo durante a prática assistencial (Anexo A, B, C e D).

#### **4.2 Efetuar novas revisões teóricas de acordo com a demanda assistencial, incluindo temas como: crise, perda e morte**

##### Descrição das intervenções relacionadas

Incorporamos mais três revisões bibliográficas, Cetoacidose Diabética (Anexo E), Queimaduras (Anexo F) e Traumatismo Crânio-encefálico (Anexo G) às revisões iniciais. Entendemos que seria necessária a inclusão destes estudos uma vez que nos deparamos com múltiplas demandas dos mesmos, o que gerou a necessidade de preparar-nos para desenvolver as intervenções apropriadas.

Os temas de crise, perda e morte não foram abordados nas revisões, como havíamos proposto, uma vez que não vivenciamos nenhuma das situações a cima citadas.

### **4.3 Discutir temáticas assistenciais com supervisoras e outros elementos da equipe de enfermagem e de saúde**

#### Descrição das intervenções relacionadas

Durante a prática assistencial, surgiram algumas questões a respeito de administração de medicamentos e rotinas assistenciais do HIJG e estas eram discutidas com os membros da equipe de enfermagem e Enfermeiras supervisoras.

Uma das discussões que surgiram foi sobre a administração de mais de uma medicação (ex. Plasil e Dipirona) por via intramuscular. Os funcionários nos explicaram que já havia sido feito um estudo na unidade de emergência do HIJG sobre interação medicamentosa dos fármacos mais comumente administrados em associação e que os resultados não apontaram contra-indicações. Também nos foi dito que é mais traumático à criança/adolescente levar duas “picadas”, já que poderiam ser evitadas, pois não têm problema quando administra os dois concomitantemente.

Enquanto fazíamos procedimentos técnicos (punção venosa, sondagem vesical etc.), as enfermeiras supervisoras aproveitavam este momento para discutir as melhores formas de executá-los, o porquê de estar sendo feito, bem como discussões científicas acerca do quadro da criança/adolescente.

### **4.4 Participar de eventos ligados à área durante o período de prática assistencial**

#### Descrição das intervenções relacionadas

Os acadêmicos participaram de eventos científicos relacionados à prática assistencial. Um de seus membros inscreveu-se no Curso de Urgência e Emergência proposto pela XL Jornada Catarinense de Debates Científicos e Estudos Médicos, organizado pelos Doutorandos de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, na sede da Associação Catarinense de Medicina, no período compreendido entre 20 a 23 de Novembro de 2006. O curso abordou temas como: Atendimento Pré-Hospitalar; Traumatismo Crânio-Encefálico; Cinemática do Trauma, dentre outros e contou com a presença de palestrantes renomados no cenário nacional. Este evento totalizou 20 horas de formação científica.

As outras duas acadêmicas participaram do Simpósio Brasileiro de Urgências e Emergências em Pediatria, que ocorreu na cidade de Curitiba-PR no período de 24 a 26 de agosto de 2006. Além de terem participado também do Curso de Educação Continuada em

Pediatria, realizado pelo HIJG, no dia 29 de novembro de 2006. Estes dois eventos totalizaram 22 horas de formação científica.

#### **Avaliação do Avaliação do alcance do Objetivo 4**

Consideramos que objetivo 4 foi alcançado dado que:

- Complementamos a revisão preliminar de condições clínicas comumente apresentadas pelas crianças/adolescentes na unidade de emergência;
- Ampliamos a revisão acrescentando 02 temas demandados pela prática;
- Trocamos experiência e conteúdo sobre intervenções de enfermagem com a equipe da emergência;
- Ampliamos nossa formação participando de eventos científicos na área de emergência;

Consideramos que os investimentos efetuados colaboraram na ampliação de nossos conhecimentos sobre algumas patologias, bem como na maneira de intervir diante destas. Não revisamos os temas crise, perda e morte já que não nos deparamos com estas situações, conforme relatado no item 4.2. No entanto, talvez pudéssemos ter ido além das demandas práticas, pois são problemas usuais das crianças/adolescentes e acompanhantes.

A revisão dos temas queimadura e cetoacidose diabética foram efetuadas ao final do estágio, em função da falta de tempo e sobrecarga de trabalho em que nos encontrávamos, reduzindo seu aproveitamento na prática assistencial. Porém acrescentamos este estudo a nossa formação.

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do momento em que decidimos elaborar este projeto de prática assistencial na unidade de emergência do HIJG, começamos a nos preparar para o que poderíamos enfrentar. Trabalhar com a saúde e a ausência dela em crianças/adolescentes não é algo muito fácil. Tem-se a idéia de que a infância e a juventude são as fases mais saudáveis da vida do ser, onde vislumbramos apenas brincadeiras e alegrias. Porém, o que se encontra em uma unidade de emergência pediátrica é a dor, o choro e o sofrimento; situações e sentimentos opostos aos esperados.

A escolha pela Teoria de Betty Neuman se deu através da palavra *estressor*. Desde o início o grupo demonstrou interesse em abordar as crianças/adolescentes e seus acompanhantes de forma a não somente vislumbrá-los como uma patologia e sim como seres humanos frente à fatores que alteram o equilíbrio do seu sistema. O profissional enfermeiro deve ter esta compreensão clara no seu dia-a-dia, a fim de se comprometer com a qualidade da assistência prestada no ambiente em que trabalha.

Neuman propõe que o enfermeiro assista o cliente sem excluí-lo de seu contexto, valorizando as trocas entre o sistema e o meio e favorecendo o fortalecimento das linhas de defesa. O enfermeiro é quem estabelece o contato mais próximo com o cliente dentre os profissionais de saúde; é ele quem torna possível ajustar as forças externas de forma a proteger o sistema.

As crianças/adolescentes e seus acompanhantes são sistemas em constante processo de troca com o meio e entre si. Percebemos que nós, acadêmicos, também somos um sistema integrado a eles e em constante processo de transformação.

A cada estratégia implementada para o alcance dos objetivos, confirmávamos nosso avanço efetivo como profissionais. As demonstrações de confiança e respeito expressas pela equipe nos faziam acreditar em uma vitória. O caminho que percorremos nos fez mudar muitos conceitos e posturas, aprimorar conhecimentos, lidar com as fraquezas e virtudes dos outros, além de permitir conhecer profissionais muito competentes.

Diante das dificuldades que vivenciamos, tais com a dificuldade de agilizar a implementação da nossa proposta, definir quais as crianças/adolescentes e acompanhantes que cuidaríamos, buscar entendimento e atender as expectativas da orientadora, buscamos forças uns nos outros e na equipe que nos cercava cotidianamente.

Com a equipe da emergência do HIJG, aprendemos uma das lições mais importantes – o trabalho interdisciplinar. Lá pudemos assistir de perto como funciona a comunicação entre os profissionais, a importância de se estabelecer um vínculo para continuidade do cuidado e o valor que incide da confiança que têm uns nos outros. O Enfermeiro, sendo parte integrante e fundamental deste círculo de profissionais, deve saber lidar com a comunicação tão bem quanto realiza técnicas, pois desta depende o bom funcionamento de uma instituição.

Mesmo abalados pelos estressores da hospitalização, o acompanhante é visto pela criança/adolescente como um ponto de apoio e referência, naquele momento. Porém, o que nos intrigou durante a prática foi a questão “*Quem é o ponto de apoio do acompanhante neste momento?*”. Percebemos que muitos deles se sentiam sozinhos e desamparados quando estavam no ambiente da emergência e impossibilitados de compartilharem seus sentimentos com os demais familiares/amigos. Nosso projeto previa o desenvolvimento de intervenções junto ao acompanhante, mas a realidade nos impulsionou para atuarmos mais enfaticamente, prestando assistência diferenciada, abrindo espaço para que eles expressassem suas angústias, medos e propondo soluções para diminuir os estressores que abalavam suas linhas de defesa. A partir do fortalecimento das condições emocionais do acompanhante, indiretamente já desenvolvíamos intervenções com as crianças/adolescentes, uma vez que, durante a prática, percebemos que o equilíbrio emocional do acompanhante influenciava diretamente o ser doente.

Lidar com crianças/adolescentes requer sensibilidade para perceber que o outro tem um desejo de felicidade, justiça e acolhimento semelhante ao nosso. Por isto, durante o desenvolvimento de nossa prática assistencial, nos emocionamos inúmeras vezes com as coisas que aprendemos através de uma simples troca de olhar com nossos pacientes.

À partir do momento que passamos a prestar assistência com amor, tivemos a certeza de que, sobretudo, este é a maior fonte de fortalecimento e estímulo no qual podemos investir nossa inteligência e energia. Nenhum ser sobrevive sem amor. É o agente natural com maior poder de recuperação e fortalecimento das nossas linhas de defesa.

Acreditamos que este trabalho tenha trazido diversas contribuições a nossa formação profissional, bem como ao local onde desenvolvemos nossa prática. Temos consciência que a percepção da equipe de saúde em relação ao cliente, na unidade de emergência do HIJG, já foi transformada. Nossas esperanças é que este trabalho possa ser tão enriquecedor à prática de Enfermagem, quanto foi para nós acadêmicos e recém ingressantes na vida profissional.

## REFERÊNCIAS

ABRAMOVICI, S.; SOUZA, R.L. de. Abordagem em criança politraumatizada. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v. 75, suplemento 2, 1999.

ALMEIDA, M.F.P.V.; FIGUEIREDO, N.M.A.de. O cuidado centrado na família. In: FIGUEIREDO, N.M.A. de. **Ensinando a cuidar da criança**. São Caetano do Sul (SP): Yendis editora, 2003. p. 151-161.

ALVES, A.M.A. A criança sadia. In: FIGUEIREDO, N.M.A. de. **Ensinando a cuidar da criança**. São Caetano do Sul (SP): Yendis editora, 2003. p. 1-30.

BENKO, M.A.; SILVA, M. J.P.da. Pensando a espiritualidade no ensino de graduação. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 1, 1996. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11691996000100007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691996000100007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 23 Set 2006.

BLANK, D.; LIBERAL, E.F. O pediatra e as causas externas de morbimortalidade. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.81. Suplemento 5, p. 119 – 122, 2005. Disponível em: <[http://www.jped.com.br/conteudo/port\\_resumo.asp?varArtigo=1399](http://www.jped.com.br/conteudo/port_resumo.asp?varArtigo=1399)>. Acesso em: 12 set. 2006.

COVALSKI, C.L. A Terapia de Reidratação Oral na Abordagem Terapêutica da Diarréia Aguda em Centros de Saúde. In: ANAIS DA SEMANA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO, 5., 2005, Santa Catarina. **Anais...** Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina, 2005. Disponível em: <[http://www.sepex.ufsc.br/anais\\_5/trabalhos/77.html](http://www.sepex.ufsc.br/anais_5/trabalhos/77.html)>. Acesso em: 10 set. 2006.

CROSS, J.R. Betty Neuman. In: GEORGE, J. B. et. al. **Teorias de Enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 227 – 241.

FLECK, M P. de A. et al . Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 4, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102003000400009&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000400009&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 23 Set 2006.

FREESE, B.T. Betty Neuman: modelo de Sistemas. In: TOMEY, A. M., ALLIGOOD, M. R. **Modelos y teorías en enfermería**. 5. ed. Madri: Elsevier Science, 1988. p. 299 – 316.

GONZAGA, M.L. de C.; ARRUDA, E.N.. Fontes e significados de cuidar e não cuidar em hospital pediátrico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 5, 1998. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11691998000500003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691998000500003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 24 Set 2006.

GUYTON, A. C; HALL, J. E. **Fisiologia Humana e Mecanismo das Doenças**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

HENS, R. **O impacto do câncer de mama e da hospitalização na vida das mulheres e suas famílias**. 2003. Monografia (Curso de Graduação de Enfermagem) – Universidade do Sul de Santa Catarina, Santa Catarina. 2003.

HOSPITAL Infantil Joana de Gusmão. **Internet**. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/hijg>>. Acesso em 15 set 2006.

LEOPARDI, M. T. Betty Neuman. In: \_\_\_\_\_. **Teoria de Enfermagem: instrumento para a prática**. Florianópolis. Papa-livros, 1999. p.114 – 121.

LIMA, R.A.G. de; ROCHA, S.M.M.; SCOCHI, C.G.S. Assistência à criança hospitalizada: reflexões acerca da participação dos pais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, 1999. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11691999000200005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691999000200005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 24 Set 2006.

LOHR, Alfredo Junior. Conduta frente à criança com trauma craniano. **Jornal de Pediatria**, v. 78, Supl. 1, 2002.

LOTUFO NETO, F. **Psiquiatria e Religião: a prevalência de transtornos mentais entre ministros religiosos**. 1997. 375 f. Tese (Especialização) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997. Disponível em: <<http://www.hojenet.org/arq/pro/es-drfln-16052005---teseFranciscoLotufoNeto.pdf#search=%22espiritualidade%20religiosidade%20%20Gartner%20%22>>. Acesso em: 14 set. 2006.

MARCONDES, E; VAZ, F.A.C; RAMOS, J. L.A; OKAY, Y. **Pediatria Básica: pediatria clínica geral**. 9. ed. São Paulo: Sarvier, 2003. v.2.

MARTINS, M. do R et al . Protocolo de preparo da criança pré-escolar para punção venosa, com utilização do brinquedo terapêutico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-)

11692001000200011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 Out 2006. doi: 10.1590/S0104-11692001000200011.

MELO, M. C. B. DE.; VASCONCELLOS, M.C.DE.; TONELLI, H.F.A. Atendimento à Parada Cardiorrespiratória na Faixa Etária Pediátrica. **Rev Med Minas Gerais**, v.14, suplemento 3, 2004. p.96-105.

OLIVEIRA, R. G. DE. **Blackbook Pediatria**: medicamentos e rotinas médicas. 3. ed. Belo Horizonte: Black Book Editora, 2005.

PADILHA, M. I. C. S. Questões éticas: cuidados metodológicos na pesquisa de enfermagem. **Revista Texto & Contexto**. Jul / dez, 1995. Florianópolis, v.4, n. 2, p. 118-132.

PINTO, J.P.; RIBEIRO, C.A; SILVA, C. V. da. Procurando manter o equilíbrio para atender suas demandas e cuidar da criança hospitalizada: a experiência da família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692005000600009&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600009&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 23 Set 2006.

RANG, H. P. & DALE, M. M. **Farmacologia**. Quarta edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

SADALA, M.L.A.; ANTONIO, A.L. de O.. Interagindo com a criança hospitalizada: utilização de técnicas e medidas terapêuticas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 3, n. 2, 1995. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11691995000200008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691995000200008&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 24 Set 2006.

SCHVARTSMAN, C.; CARRERA, R; ABRAMOVICI, S. Avaliação e transporte da criança traumatizada. **J. Pediatr**. v. 81, n. 5, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572005000700013&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572005000700013&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 24 Set 2006.

SECRETARIA de Estado da Saúde Santa Catarina. Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) do Estado de Santa Catarina. **Base de dados Datasus**. [200?]. Disponível em <http://www.saude.sc.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim96.def>. Acesso em: 12 set. 2006.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. v. 4

STEFANE, J. M.J. A enfermagem, o crescimento e desenvolvimento infantil. In: SCHMITZ, E.M. **A enfermagem em pediatria e puericultura**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1989. p. 1-24.

TACSI, Y. R. C; VENDRUSCOLO, D.M.S. A Assistência de Enfermagem no Serviço de Emergência Pediátrica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n.3, 2004. Disponível em: <[www.eerp.usp.br/rlaenf](http://www.eerp.usp.br/rlaenf)>. Acesso em: 11 set. 2006.

WAKSMAN, R.D; PIRITO, R.M. B. K. O pediatra e a segurança no trânsito. **J. Pediatr.**, v. 81, n. 5, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572005000700008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572005000700008&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 24 Set 2006.

WEHBE, G.; GALVÃO, C.M. O enfermeiro de unidade de emergência de hospital privado: algumas considerações. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.9, n.2, 2001. p.86-90. Disponível em: <[www.eerp.usp.br/rlaenf](http://www.eerp.usp.br/rlaenf)>. Acesso em: 14 set. 2006.

WONG, D. L. **Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva**. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

## APÊNDICE A – CRONOGRAMA DA PRÁTICA ASSISTENCIAL

### *Acadêmico Julio*

#### Outubro

Domingo	S	T	Q	Q	S	Sabado
1					6 EM. T (13:30 às18:00)	7
8	9 EM. T (13:30 às18:00)	10 EM. N (17:30 às 2130)	11 EM. T (13:30 às18:00)	12	13 EM. T (13:30 às18:00)	14
15	16 EM. T (13:30 às18:00)	17 EM. N (17:30 às 2130)	18 EM. T (13:30 às18:00)	19 EM. T (13:30 às18:00)	20 EM. T (13:30 às18:00)	21 EM. M/T (08:00 às 17:30)
22	23 EM. T (13:30 às18:00)	24 EM. N (17:30 às 2130)	25 EM. T (13:30 às18:00)	26 EM. T (13:30 às18:00)	27 EM. T (13:30 às18:00)	28
29	30 EM. T (13:30 às18:00)	31 EM. N (17:30 às 2130)				

#### Novembro

Domingo	S	T	Q	Q	S	Sábado
			1 EM. T (13:30 às18:00)	2	3 EM. T (13:30 às18:00)	4
5	6 EM. T (13:30 às18:00)	7 EM. N (17:30 às 2130)	8 EM. T (13:30 às18:00)	9 EM. T (13:30 às18:00)	10 EM. T (13:30 às18:00)	11
12	13 EM. T (13:30 às18:00)	14 EM. N (17:30 às 2130)	15	16 EM. T (13:30 às18:00)	17 EM. T (13:30 às18:00)	18 EM. M/T (08:00 às 17:30)
19	20 EM. T (13:30 às18:00)	21 EM. N (17:30 às 2130)	22 EM. T (13:30 às18:00)	23 EM. T (13:30 às18:00)	24 EM. T (13:30 às18:00)	25
26	27 EM. T (13:30 às18:00)	28 EM. N (17:30 às 2130)	29 EM. T (13:30 às18:00)	30 EM. T (13:30 às18:00)		

#### Dezembro

Domingo	S	T	Q	Q	S	Sábado
					1 EM. T (13:30 às18:00)	2 EM. M/T (08:00 ÀS 14:00)
3	4 EM. T (13:30 às18:00)	5 EM. N (17:30 às 2130)	6 EM. T (13:30 às18:00)	7 EM. T (13:30 às18:00)	8 EM. T (13:30 às18:00)	9

- Início das atividades de prática assistencial: 06 de Outubro;
- Fim das atividades de prática assistencial: 08 de Dezembro;
- Horário vespertino: 13:30H às 1800H;
- Horário alternativo: 1730H às 2130H;
- Dia 16 de Novembro: compartilhamento das experiências de campo: 6 horas no período matutino e estágio no período vespertino;
- Carga horária total: 220 horas.

### *Acadêmica Marina*

#### **Outubro**

<b>Domingo</b>	<b>S</b>	<b>T</b>	<b>Q</b>	<b>Q</b>	<b>S</b>	<b>Sabado</b>
1					6 EM. T (13:00 às 15:30)	7
8	9 EM. M (8:00 às 12:00) T (13:00 às 15:30)	10 EM T e N (16:00 às 21:30)	11 EM. M (8:00 às 12:00)	12	13 EM T (13:00 às 15:30)	14
15	16 EM. M (8:00 às 12:00) T (13:00 às 15:30)	17 EM. T e N (16:00 às 21:30)	18 EM. M (8:00 às 12:00)	19 EM. N (17:30 às 21:30)	20 EM. M (8:00 às 12:00)	21 EM. M e T (08:00 às 15:00)
22	23 EM. M (8:00 às 12:00)	24 EM. T e N (16:00 às 21:30)	25 EM. T (13:00 às 15:30)	26 EM. N (17:30 às 20:30)	27 EM. M (8:00 às 12:00)	28
29	30 EM. M (8:00 às 12:00)	31 EM. N (16:00 às 21:30)				

#### **Novembro**

<b>Domingo</b>	<b>S</b>	<b>T</b>	<b>Q</b>	<b>Q</b>	<b>S</b>	<b>Sábado</b>
			1 EM. M (8:00 às 12:00)	2	3	4
5	6 EM. M (8:00 às 12:00)	7 EM N (16:00 às 21:30)	8 EM. M (8:00 às 12:00)	9 EM. N (17:30 às 20:30)	10 EM. M (8:00 às 12:00)	11 EM. M e T (08:00 às 15:00)
12	13 EM. M	14 EM	15	16 EM. N	17 EM. M	18

	(8:00 às 12:00)	N (16:00 às 21:30)		(17:30 às 20:30)	(8:00 às 12:00)	
19	20 EM. T (13:00 às 16:30)	21 EM. N (17:30 às 21:30)	22 EM. T (13:00 às16:30)	23 EM. N (17:30 às 20:30)	24 EM. M (8:00 às 12:00)	25
26	27 EM. M (8:00 às 12:00)	28 EM. N (16:00 às 21:30)	29 EM. T (13:00 às16:30)	30 EM. N (17:30 às 20:30)		

### Dezembro

Domingo	S	T	Q	Q	S	Sábado
					1 EM. M (8:00 às 12:00)	2 EM. M e T (08:00 às 15:00)
3	4 EM. M (8:00 às 16:00)	5 EM. N (16:00 às 21:30)	6 EM. M (8:00 às15:00)	7 EM. N (17:30 às 20:30)	8 EM. M (8:00 às 16:30)h	9

- Carga horária total: 195 horas.

### Acadêmica Martha

#### Outubro

Domingo	S	T	Q	Q	S	Sabado
1					6 EM. T (13:30 às18:00)	7
8	9 EM. T (13:30 às18:00)	10 EM. N (17:30 às 2130)	11 EM. T (13:30 às18:00)	12	13	14
15	16 EM. T (13:30 às18:00)	17 EM. N (17:30 às 2130)	18 EM. T (13:30 às18:00)	19 EM. T (13:30 às18:00)	20 EM. T (13:30 às18:00)	21 EM. M/T (08:00 às 18:00)
22	23 EM. T (13:30 às18:00)	24 EM. N (17:30 às 2130)	25 EM. T (13:30 às18:00)	26 EM. T (13:30 às18:00)	27 EM. T (13:30 às18:00)	28
29	30 EM. T (13:30 às18:00)	31 EM. N (17:30 às 2130)				

#### Novembro

Domingo	S	T	Q	Q	S	Sábado
			1 EM. T (13:30 às18:00)	2	3	4
5	6 EM. T (13:30 às18:00)	7 EM. N (17:30 às 2130)	8 EM. T (13:30 às18:00)	9 EM. T (13:30 às18:00)	10 EM. T (13:30 às18:00)	11

12	13 EM. T (13:30 às18:00)	14 EM. N (17:30 às 2130)	15	16 EM. T (13:30 às18:00)	17 EM. T (13:30 às18:00)	18 EM. M/T (08:00 às 18:00)
19	20 EM. T (13:30 às18:00)	21 EM. N (17:30 às 2130)	22 EM. T (13:30 às18:00)	23 EM. T (13:30 às18:00)	24 EM. T (13:30 às18:00)	25
26	27 EM. T (13:30 às18:00)	28 EM. N (17:30 às 2130)	29 EM. T (13:30 às18:00)	30 EM. T (13:30 às18:00)		

### Dezembro

Domingo	S	T	Q	Q	S	Sábado
					1 EM. T (13:30 às18:00)	2 EM. M/T (08:00 ÀS 14:00)
3	4 EM. T (13:30 às18:00)	5 EM. N (17:30 às 2130)	6 EM. T (13:30 às18:00)	7 EM. T (13:30 às18:00)	8 EM. T (13:30 às18:00)	9

- Carga horária total: 195 horas.

## APÊNDICE B - INSTRUMENTO PARA IDENTIFICAÇÃO DE ESTRESSORES

PROJETO DE PRÁTICA ASSISTENCIAL: *A Enfermagem frente aos estressores de crianças/adolescentes e acompanhantes em situação de urgência e emergência sob a ótica de Betty Neuman*

Autores: *Júlio César de Oliveira, Marina da Silva Kleinubing, Martha Manara Sell.*

Criança/ Adolescente  Acompanhante

Nome:

Idade:

Sexo:

Estado Civil:

Naturalidade:

Procedência:

### 2. REPERCUSSÕES DA CONDIÇÃO DE URGENCIA/EMERGENCIA SOBRE A ESTRUTURA BÁSICA E RECURSOS ENERGÉTICOS

Motivo da procura do serviço de emergência; manifestações apresentadas pela criança/adolescente e sua evolução; diagnóstico efetuado.

#### 2.1 CONDIÇÕES DE BEM ESTAR

##### Indicadores Positivos

- serenidade
- vivacidade
- alerta
- fâcies tranqüila/sorrisos
- conversa
- cooperação nos procedimentos

##### Indicadores da diminuição do bem estar

- fâcies de dor/sofrimento
- medo/ retraimento
- prostração/apatia,
- inquietude/tensão
- sonolência
- posição anti-álgica
- confusão
- choro

#### 2.2 CONDIÇÕES DOS SINAIS VITAIS

Valores inicialmente observados

PA:

P:

R:

T:

HGT:

Variações

#### 2.3 CONDIÇÕES DE HIDRATAÇÃO E DO EQUILÍBRIO HIDROELETROLÍTICO

Presença de situações desidratantes ou potencialmente desidratantes? (diarréia, vômitos, poliúria)

Tensão da fontanela bregmática:

Olhos/lágrimas:

Musculatura peri orbital

Lábios:

Mucosa oral:

Condições de hidratação da pele:

Condições da diurese:

#### **2.4 CONDIÇÕES RESPIRATÓRIAS:**

Presença de situações que produzem alterações respiratórias (infecções, secreção, perfuração, aspiração de corpo estranho, de fumaça, patologias).

Evidências de alterações da respiração (condições observadas à ausculta, frequência, uso de musculatura acessória, presença de dispnéia, de estridor laríngeo).

#### **2.5 CONDIÇÕES NEUROLÓGICAS**

Presença de situações que produzem alterações neurológicas (infecções do SNC, traumatismos, distúrbios psiquiátricos, uso de drogas).

Evidências de alterações das condições neurológicas (estado de alerta, concentração, nível de consciência, atividade, respostas motoras, respostas verbais, escala de Glasgow).

#### **2.6 CONDIÇÕES HEMODINÂMICAS**

Presença de situações que produzem alterações hemodinâmicas (hemorragias, choques, desidratação)

Evidências de alterações hemodinâmicas (palidez, cianose, extremidades frias, edema, queda importante da PA, prostração)

#### **2.7 CONDIÇÕES DA PELE**

Presença de situações agressoras importantes (queimaduras, ruptura, trauma, fraturas)

Evidências de alterações da pele (de cor, de integridade, edemas, exposição óssea e/ou tecidos subjacentes)

#### **2.8 ESTADO NUTRICIONAL:**

Peso: PC:

Estatura: PT:

Condições do tecido adiposo:

Condições da musculatura:

#### **2.9 OUTRAS SITUAÇÕES QUE SE APRESENTARAM AFETANDO A ESTRUTURA BÁSICA**

### **3. REPERCUSSÕES DA URGÊNCIA/EMERGÊNCIA SOBRE AS CONDIÇÕES PSICOEMOCIONAIS, SOCIAIS E ESPIRITUAIS.**

#### **3.1 CRIANÇA/ADOLESCENTE**

Poderia descrever o que ocorreu a você? Por que tal situação ocorreu?

Você já vivenciou alguma situação semelhante a esta? Como lidou com ela?

Que fatores provenientes da situação considera mais estressantes? Destes, qual considera ser o principal?

Que papel você acha que deveria desempenhar diante da situação que vivencia?

Quais as forças/condições/recursos você dispõe para ajudá-lo a enfrentar melhor esta situação?

O que você acha do ambiente (emergência) em que em que está sendo atendido (a)?

Como você acha que deve ser o atendimento da equipe? Qual você recebeu?

Como você se sente frente ao atendimento recebido?

O que espera daqui pra frente?

Você tem pessoas com quem pode contar nesta situação?

Você tem alguma preocupação fora do ambiente hospitalar nesse momento? Qual ou o quê?

A sua espiritualidade/religião ajuda a enfrentar a situação? De que maneira?

### **3.2 ACOMPANHANTE**

Você já vivenciou alguma situação semelhante a esta? Como lidou com ela?

Que fatores provenientes da situação considera mais estressantes? Destes qual considera ser o principal?

Que papel você acha que deveria desempenhar diante da situação que vivencia?

Quais forças/condições/recursos você dispõe para ajudá-lo a enfrentar melhor esta situação?

O que você acha do ambiente (emergência) em que a criança/adolescente está sendo atendido?

Qual atendimento a criança/adolescente deve receber da equipe? Qual recebeu?

Como você está se sentindo frente ao atendimento recebido pela criança/adolescente?

O que espera daqui pra frente?

Você tem pessoas com quem pode contar nesta situação?

A sua espiritualidade/religião ajuda a enfrentar a situação? De que maneira?

Você tem alguma preocupação fora do ambiente hospitalar nesse momento? Qual ou o quê?

## APÊNDICE C – PROCESSOS DE ENFERMAGEM

### Processo de Enfermagem II

Local: Emergência do HIJG.

Data: 30 de outubro de 2006.

Horário: 14 horas e 20 minutos.

Criança: Leãozinho (nome fictício)

Idade: 08 meses.

Resumo da intercorrência: Leãozinho deu entrada na Unidade de emergência do HIJG com queimaduras de 1º e 2º grau na cabeça, tórax, dorso, MSE e MIE. Sua mãe relatou que durante o período da manhã, quando a mesma preparava o almoço, viu Leãozinho engatinhando pela cozinha da residência.

No chão da casa, encontrava-se uma panela de sopa que estava sendo preparada, ligada por um aquecedor manual denominado “rabo quente”, pois não havia fogão na residência. A mãe escutou Leãozinho chorar, percebendo ainda a panela de sopa virada no chão da cozinha e que a criança embebida pelo conteúdo que estava dentro da panela. Contou que ficou estática e começou a gritar. Foi quando a vizinha, que mora na casa ao lado, adentrou correndo pela casa e pegou Leãozinho no colo, retirando toda sua roupa que estava encharcada pelo líquido, embrulhou o mesmo em um lençol e o levou imediatamente para o hospital mais próximo, onde recebeu os primeiros atendimentos e após foi encaminhado para o HIJG. A vizinha foi quem tomou todas as providências para o atendimento da criança, pois a mãe, segundo relatos da vizinha, não gosta da criança, inclusive quer dar a mesma e ir embora para sua cidade natal que é Criciúma.

Diagnósticos de Enfermagem	Metas de Enfermagem	Avaliação de Enfermagem
<p><b>A. Estressores Fisiológicos</b></p> <p><i>Identificados pelo Acadêmico:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dor aguda relacionada a queimadura</li> <li>2. Integridade da pele comprometida pelas lesões</li> <li>3. Mobilidade física comprometida em razão à extensão da queimadura</li> <li>4. Risco de infecção devido à</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Aplicar medicamentos prescritos para amenizar a dor conforme prescrição médica</li> <li>1.2 Registrar e informar o desconforto proveniente da dor</li> <li>2.1 Manter os locais de lesão protegidos até a avaliação médica</li> <li>2.2 Efetuar curativo nas áreas queimadas com SF 0,9%</li> <li>3.1 Manter a criança em posição confortável no leito</li> <li>3.2 Manter a criança em posição sentada</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Meta atingida; diminuição da dor;</li> <li>2.1 Meta atingida; lesões foram protegidas com gaze umedecida em SF 0,9%;</li> <li>2.2 Meta atingida;</li> <li>3.1 Meta proposta e atingida na medida do possível;</li> <li>3.2 Meta atingida;</li> <li>4.1 Meta atingida; curativo realizado com sulfadiazina de prata;</li> </ol>

<p>destruição da pele</p> <p>5. Conforto e bem estar comprometido devido às lesões das queimaduras</p> <p>6. Sono perturbado, devido à posição e a dor</p> <p>7. Risco de desidratação em função da perda de fluidos corporais</p> <p>8. Futuro comprometimento da mobilidade das áreas afetadas pela queimadura.</p>	<p>evitando pressão sobre as áreas afetadas pelas queimaduras</p> <p>4.1 Proteger as áreas queimadas com curativo evitando infecção</p> <p>4.2 Orientar o acompanhante sobre a importância dos curativos</p> <p>4.3 Orientar o acompanhante sobre as medidas básicas de higiene, como objetivo de evitar infecções</p> <p>5.1 (idem meta 3.1)</p> <p>6.1 (idem meta 1.2)</p> <p>6.2 (idem meta 3.1)</p> <p>7.1 Manter acesso venoso</p> <p>7.2 Estimular a ingesta hídrica</p> <p>7.3 (idem meta 2.2)</p> <p>7.4 Manter controle de diurese</p> <p>7.5 Observar, registrar e informar sobre qualquer alteração no quadro clínico da criança</p> <p>8.1 Efetuar troca dos curativos conforme prescrição médica retirando os excessos de tecidos desvitalizados</p>	<p>4.2 Meta atingida, o acompanhante foi orientado sobre a realização dos curativos</p> <p>4.3 Meta atingida; acompanhante foi orientado sobre todas as medidas profiláticas contra infecção</p> <p>5.1 Meta atingida.</p> <p>6.1 Meta atingida</p> <p>6.2 Meta atingida.</p> <p>7.1 Meta atingida</p> <p>7.2 Meta atingida</p> <p>7.3 Meta atingida</p> <p>7.4 Meta aguardando confirmação, já que a mesma não apresentou diurese no período</p> <p>7.5 Meta atingida.</p> <p>8.1 Meta atingida pela equipe médica.</p>
<p><b>A. Estressores Socioculturais</b></p> <p><i>Identificados pelo Acadêmico:</i></p> <p>9. Descaso da mãe para com a criança</p> <p>10. Falta de recursos financeiros para criação da criança</p>	<p>9.1 Investigar os motivos pelos quais, a mãe não tem interesse pela criança;</p> <p>9.2 Informar ao serviço social do hospital sobre o caso da criança, solicitando averiguação do conselho tutelar para providências cabíveis.</p> <p>10.1 Investigar as condições socioeconômicas da família.</p>	<p>9.1 Meta atingida; o serviço de psicologia foi acionado para conversar com a mãe;</p> <p>9.2 Meta atingida; Foi acionado o serviço social do hospital.</p> <p>10.1 Meta atingida; foi efetuado contato como serviço social do hospital para tal verificação.</p>
<p><b>B. Estressores Psicológicos</b></p> <p><i>Referidos pela acompanhante:</i></p> <p>11. Angústia com relação à situação vivida pela criança.</p> <p><i>Identificados pelo Acadêmico:</i></p> <p>12. Preocupação da acompanhante em deixar a criança no hospital acompanhada pela mãe.</p>	<p>11.1 Informar a acompanhante sobre todo o acompanhamento e tratamento que será dispensado ao caso</p> <p>11.2 Incentivar a acompanhante a visitar a criança durante sua internação no hospital</p> <p>12.1 Tranquilizar a acompanhante com relação à recuperação da criança.</p>	<p>11.1 Meta atingida</p> <p>11.2 Meta atingida</p> <p>12.3 Meta atingida, acompanhante demonstrou mais calma.</p>

Quadro 4 – Processo de Enfermagem II

### Processo de Enfermagem III

Local: Emergência do HIJG.

Data: 30 de outubro de 2006.

Horário: 13 horas e 30 minutos.

Criança: Macaquinho (nome fictício)

Idade: 05 anos.

Resumo da intercorrência: Macaquinho era proveniente de Criciúma e veio ao HIJG para realização de exame ecocardiológico e eletrocardiológico. Estava acompanhado de sua mãe (Macaca) e sua avó.

Recebeu hidrato de cloral para sedação e realização dos exames. Macaca relatou que percebeu alterações na respiração de Macaquinho, durante a realização do exame.

Foram liberados e encaminhavam-se para ambulância que os levaria de volta à criciúma quando Macaquinho apresentou um episódio de vômito seguido de sudorese e palidez cutânea. A mãe o trouxe à emergência aonde a criança chegou em parada respiratória. Foi realizada ventilação artificial com ambu e Macaquinho logo retomou sua respiração espontânea. Durante o período de observação, acabou fazendo três episódios de apnéia. Foi puncionado em MSE com Abocath 22 e mantido acesso com soro glicosado 5%. Seguiu monitorizado e em máscara de oxigênio com reservatório em 5 litros por minuto.

Macaca relatou que o filho estava a aproximadamente 20 horas em jejum. Foi realizado dextro (93mg/dl). Os sinais vitais mantiveram-se estáveis durante o período de observação (P - 78 bpm; R - 20 mpm; T - 34,8 °C) Peso – 12.900 Kg. O episódio foi explicado em função da sedação efetuada. Macaquinho manteve-se sonolento no início, só atendendo a estímulos dolorosos e verbais. Ficou aguardando durante toda à tarde na sala de observação, onde vagarosamente se recuperou e por volta das 18 horas foi reavaliado e liberado.

Diagnósticos de Enfermagem	Metas de Enfermagem	Avaliação de Enfermagem
<p><b>A. Fisiológicos</b></p> <p><i>Referidos pela acompanhante:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A criança começou a vomitar</li> <li>- A criança perdeu os sentidos e parou de respirar</li> </ul> <p><i>Identificados pelo acadêmico:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Criança em parada respiratória</li> <li>2. Reação à medicação</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Fornecer suporte respiratório</li> <li>1.2 Instalar máscara de O<sub>2</sub></li> <li>1.3 Manter controle de saturação</li> <li>2.1 Manter controle de sinais vitais</li> <li>2.2 Manter acesso venoso</li> <li>3.1 Manter monitorização</li> <li>3.2 Manter vigilância permanente sobre a criança</li> <li>4.1 (Idem meta 3.2)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Meta atingida, instalada máscara de oxigenoterapia;</li> <li>1.2 Meta atingida</li> <li>1.3 Meta atingida, instalado oxímetro de pulso</li> <li>2.1 Meta atingida</li> <li>2.2 Meta atingida</li> <li>3.1 Meta atingida</li> <li>3.2 Meta atingida</li> <li>4.1 Meta atingida</li> </ol>

<p>3. Episódios de apnéia 4. Sonolência durante o período de recuperação.</p>		
<p style="text-align: center;"><b>B. Psicológicos</b></p> <p style="text-align: center;"><i>Identificados pelo acadêmico, com relação a acompanhante:</i></p> <p>5. Grande preocupação com o quadro da criança 6. Desespero no momento em que viu o filho sendo colocado em cateter de oxigênio 7. Impossibilidade da avó de Macaquinho permanecer junto a eles na sala de observação devido as normas da unidade 8. Dúvidas em relação ao diagnóstico e prognóstico da criança 9. Medo de a criança ter novos episódios de apnéia na volta pra casa.</p>	<p>5.1 Esclarecer dúvidas a cerca do quadro da criança 5.2 Tentar tranquilizar Macaca a partir da demonstração de dados que evidenciem a melhora de Macaquinho; 6.1 Explicar que a instalação de cateter de oxigênio é um procedimento simples, indolor e que não indica, necessariamente, gravidade do problema 6.2 Informar a importância da oferta de oxigênio através de cateter para melhora da condição respiratória da criança 7.1 Orientar sobre a impossibilidade de manter mais de um acompanhante por criança/adolescente, conforme norma do hospital. 7.2 Sugerir que Macaca faça um rodízio com sua mãe no acompanhamento à criança. 8.1 Esclarecer dúvidas em relação ao quadro da criança e oferecer suporte emocional. 9.1 Explicar que o episódio ocorreu pela sedação excessiva e que não deverá ser recorrente.</p>	<p>5.1 Meta alcançada com sucesso; 5.2 Meta alcançada com sucesso. 6.1 Meta realizada e evidenciada pela melhora do quadro de nervosismo da mãe 6.2 Meta atingida. 7.1 Meta realizada e sem sucesso, pois Macaca não se conformou com a idéia de estar “sozinha” 7.2 Meta atingida. 8.1 Meta realizada com sucesso 9.1 Meta concluída sem sucesso, pois a mãe continuava com o medo de que Macaquinho agravasse durante a viagem de volta para casa.</p>
<p style="text-align: center;"><b>C. Socioculturais</b></p> <p style="text-align: center;"><i>Identificados pelo Acadêmico, com relação a acompanhante:</i></p> <p>10. Distância de casa 11. É mãe solteira e não tem apoio do pai de Macaquinho</p>	<p>10.1 Promover ambiente familiar proporcionando a estada da avó de Macaquinho junto à Macaca durante alguns períodos 11.1 Buscar apoio dos demais membros da família 11.2 Mostrar-se disponível para uma conversa/desabafo.</p>	<p>10.1 Meta atigida. 11.1 Meta realizada, porém Macaca não se conformou muito 11.2 Meta realizada com sucesso e evidenciada pelo desabafo de Macaca com a acadêmica.</p>

Quadro 5 – Processo de Enfermagem III

## Processo de Enfermagem IV

Local: Emergência do HIJG.

Data: 06 de novembro de 2006.

Horário: 08 horas e 10 minutos.

Criança: Coelhoinho (nome fictício)

Idade: 01 ano.

Resumo da intercorrência: Coelhoinho, 01 ano, sexo masculino, natural e procedente de Florianópolis, residente em Jurerê Internacional chegou a emergência do HIJG acompanhado pela mãe Coelha, 38 anos, casada, natural de Jundiá – SP. Coelha tem mais dois filhos, um menino de 13 anos e uma menina de 10 anos. Referiu que o marido está viajando e só volta dentro de 05 dias.

Coelhoinho começou iniciou, no dia anterior, com diarreia líquida e fétida, em grande quantidade, e vômitos. Reclamava de dor de barriga. Pela madrugada, a mãe percebeu sangue nas fezes de coelhoinho e resolveu levá-lo para a emergência do HIJG.

Quando foi avaliado no hospital, Coelhoinho estava pálido, olhos encovados e sem lágrimas, lábios ressecados, mucosa oral seca, prostrado, extremidades frias. Foi puncionada veia periférica em MSD com Abocath 24, administrado conforme prescrição médica Plasil, Dipirona e iniciada hidratação com soro fisiológico 0,9%. Foi puncionado um segundo acesso venoso para a hidratação ser mais rápida, no entanto, não se obteve sucesso. Sinais vitais PA: 100x70 mmHg; P: 138bpm; R: 44 mpm; T: 38,9°C; Peso: 12,200Kg.

Em seguida, Coelhoinho foi colocado em isolamento, onde permaneceu acompanhado por sua mãe. Permaneceu neste local por algum tempo e depois foi encaminhado para um dos leitos da sala de observação. A mãe foi orientada que assim que Coelhoinho urinasse seriam colhidos alguns exames. Após algum tempo, a criança urinou e foram colhidos hemograma, gasometria arterial e fezes.

Diagnósticos de Enfermagem	Metas de Enfermagem	Avaliação de Enfermagem
<b>A - Estressores Fisiológicos</b>  <i>Referidos pelo Acadêmico:</i> 1. Dor na região abdominal 2. Vômitos 3. Diarreia 4. Sinais de desidratação (pálido, olhos encovados e sem lágrimas, lábios ressecados, mucosa oral seca, prostrado,	1.1 Aplicar medicamentos prescritos para amenizar a dor conforme prescrição médica 1.2 Registrar e informar o desconforto proveniente da dor 2.1 Aplicar medicamentos prescritos para cessar o vômito 2.2 Orientar a mãe para observar e comunicar o comportamento da criança sobre novos episódios de	1.1 Meta confirmada; diminuição da dor  1.2 Meta atingida 2.1 Meta atingida, administrado Plasil EV; 2.2 Meta atingida; 3.1 Meta atingida através da verificação frequente dos sinais vitais 3.2 Meta atingida, acompanhante

<p>extremidades frias)</p>	<p>vômito  3.1 Manter controle de sinais;  3.2 Observar características e quantidade das fezes  3.3 Orientar a mãe lavar as mãos sempre que trocar a fralda da criança, já que pode ser uma diarreia infecciosa, explicando a importância;  4.1 Manter acesso venoso e supervisionar a velocidade da rehidratação  4.2 (idem meta 2.2)  4.3 Manter vigilância permanente sobre a criança  4.4 Manter controle de diurese  4.5 Observar, registrar e informar sobre qualquer alteração no quadro clínico da criança  4.6 Manter controle de sinais  4.7 Umedecer os lábios com gaze úmida  4.8 Cobrir a criança com lençol  4.9 Orientar e explicar a mãe para não oferecer nada via oral para a criança</p>	<p>orientada a avisar serviço de enfermagem na ocorrência de fezes  3.3 Meta atingida  4.1 Meta atingida através da troca frequente de soro, conforme prescrição médica e controle de gotejamento  4.2 Meta atingida  4.3 Meta atingida  4.4 Meta atingida, acompanhante orientada a avisar serviço de enfermagem na ocorrência de diurese  4.5 Meta atingida  4.6 Meta atingida  4.7 Meta atingida  4.8 Meta atingida e confirmada através do reaquecimento das extremidades  4.9 Meta atingida</p>
<p><b>B. Estressores Socioculturais</b></p> <p><i>Referidos pelo Acadêmico sobre a acompanhante:</i></p> <p>5. Mãe precisa de atestado, pois relata que sua presença é indispensável para o restabelecimento da criança.</p> <p><i>Referidos pelo acompanhante:</i></p> <p>6. Preocupação da mãe com higiene da unidade de emergência.</p>	<p>5.1 Conversar com o médico responsável pelo atendimento da criança e expor o caso</p> <p>6.1 Ouvir os relatos da mãe em relação a higiene do local e esclarecê-la sobre como é realizada a limpeza da unidade  6.2 Explicar que irá verificar junto à equipe alguma providência</p>	<p>5.1 Meta confirmada; o médico responsável pelo atendimento forneceu o atestado para a mãe</p> <p>6.1 Meta atingida, porém acompanhante continuou insatisfeita  6.2 Meta atingida.</p>
<p><b>C - Estressores Psicológicos</b></p> <p><i>Referidos pelo acadêmico sobre a acompanhante:</i></p> <p>7. Não ter ninguém no momento para apoiá-la; (não tem família aqui e o marido está viajando).  8. Não se sentiu bem durante a punção do segundo acesso venoso</p> <p><i>Referido pela criança:</i></p> <p>9. Queria seu “cecelo” (travesseiro de estimulação);</p>	<p>7.1 Oferecer um apoio emocional, para a mãe poder verbalizar suas angústias  8.1 Procurar transmitir calma para a mãe  8.2 Informar sobre a necessidade da realização do procedimento  8.3 Encaminhar a mãe para um local mais calmo, fora da sala de procedimentos  9.1 Deixar a mãe buscar o travesseiro no carro.</p>	<p>7.1 Meta atingida através da longa conversa estabelecida entre a acompanhante e o acadêmico  8.1 Meta atingida, acompanhante demonstrou-se mais tranquilo  8.2 Meta atingida  8.3 Meta atingida  9.1 Meta confirmada (criança se tranqüilizou).</p>

Quadro 6 – Processo de Enfermagem IV

### **Processo de Enfermagem V**

Local: Emergência do HIJG.

Data: 20 de novembro de 2006.

Horário: 13 horas e 30 minutos.

Criança: Gatinho (nome fictício)

Idade: 08 anos.

Resumo da intercorrência: Gatinho, 08 anos chegou a Unidade de emergência do HIJG acompanhado de sua mãe, dona Gata. Reside em Florianópolis no Bairro João Paulo. Dona Gata contou que Gatinho a ajudava nas tarefas domésticas, numa limpeza geral em sua residência, quando a criança não respondeu aos seus chamados. Encontrou o filho caído no pátio, sobre alguns entulhos do terreno, após ter despencado da janela do 2º andar da residência, de uma altura aproximada de 4 metros. Pediu ajuda do vizinho da casa, que trouxe Gatinho até o HIJG, pois naquele momento, o pai da criança estava trabalhando. A criança chegou a Unidade de Emergência consciente, orientada e com sinais vitais estáveis. Apresentava ferimento corto contuso na região frontal do crânio, escoriações relevantes no MSE e MIE, queixando-se de dor nos ferimentos. Dona Gata, a todo o momento, se culpava pelo acontecido e por ter solicitado que o mesmo faltasse a aula para ajudá-la nas tarefas de casa. Dizia que se ele tivesse ido a aula, nada disso teria acontecido.

Diagnósticos de Enfermagem	Metas de Enfermagem	Avaliação de Enfermagem
<p align="center"><b>A - Estressores Fisiológicos</b></p> <p align="center"><i>Referidos pela criança:</i></p> <p>1. Dor nos ferimentos da cabeça, da perna e do braço.</p> <p><i>Identificados pelo acadêmico:</i></p> <p>2. Dor em MSE,MIE; 3. Ferimento corto contuso na região frontal do crânio 4. Probabilidade de manifestação de um TCE tardio</p> <p>5. Perda de consciência</p>	<p>1.1 Aplicar medicamentos prescritos para amenizar a dor conforme prescrição médica 2.1 Registrar e informar o desconforto proveniente da dor 2.2 Manter a criança em posição confortável no leito; 3.1 Manter os locais de lesão protegidos até a avaliação médica 3.2 Efetuar curativo nos ferimentos com SF 0,9% morno 3.3 Proteger as áreas feridas com curativo evitando infecção 3.4 Orientar o acompanhante sobre a importância dos curativos 4.1 Manter vigília permanente sobre a criança 4.2 Orientar o acompanhante que observe sinais de confusão mental, diminuição do nível de consciência, aparecimento de hematomas sem causa aparente e crises convulsivas nos próximos meses</p> <p>5.1 Avaliar nível de consciência constantemente; 5.2 Evitar sono 5.3 Orientar que o acompanhante fique atento e entretenha a criança de forma a mantê-la acordada.</p>	<p>1.1 Meta confirmada; diminuição da dor 2.1 Meta atingida 2.2 Meta atingida 3.1 Meta confirmada; lesões foram protegidas com gaze umedecida em SF 0,9% 3.2 Meta atingida, curativo realizado conforme a técnica e orientações médicas 3.3 Meta confirmada, idem 3.2 3.4 Meta atingida 4.1 Meta atingida 4.2 Meta atingida</p> <p>5.1 Meta atingida 5.2 Meta atingida, o acadêmico manteve contato verbal constante com a criança para evitar que a mesma dormisse 5.3 Meta atingida.</p>
<p align="center"><b>B. Psicológicos</b></p> <p align="center"><i>Identificados pelo Acadêmico em relação ao acompanhante:</i></p> <p>6. A culpa que a mãe se atribui em relação ao acontecido com a criança.</p>	<p>6.1 Ouvir atentamente as verbalizações da mãe 6.2 Confortar a mãe com relação ao acontecido com a criança 6.3 Encorajar a mesma a enfrentar a situação vivenciada.</p>	<p>6.1 Meta atingida através de conversas 6.2 Meta atingida 6.3 Meta atingida, acadêmico esclareceu dúvidas e ofereceu suporte emocional ao acompanhante.</p>

Quadro 7 – Processo de Enfermagem V



## Processo de Enfermagem VI

Local: Emergência do HIJG.

Data: 06 de novembro de 2006.

Horário: 08 horas e 10 minutos.

Criança: Ursinha (nome fictício)

Idade: 12 anos.

Resumo da intercorrência: Ursinha, 12 anos, sexo feminino, acompanhada pela mãe Ursa, 47 anos, casada, ambas naturais de São Paulo – SP e procedentes de Florianópolis do bairro Córrego Grande.

Ursinha é portadora de Diabetes Mellitus tipo I desde os 05 anos, faz uso de insulinoterapia. A mãe relata que sempre prestou os cuidados à filha, no entanto, há aproximadamente 02 meses estava deixando a menina se cuidar (medicação, HGT, alimentação) para tomar consciência de sua condição, pois não teria a mãe por perto a vida toda. Disse ainda, que já percebia há um tempo que o hálito da filha andava “diferente”, questionou-a sobre como estavam os valores da glicose e a mesma disse que estavam normais.

Ao chegar à emergência do HIJG relatou que havia ingerido pizza de rúcula com tomate seco no dia anterior e estava apresentando vômitos desde então. Seu aspecto geral era de prostração/apatia, sonolência, no entanto, sempre cooperava durante os procedimentos. Sinais vitais: PA 90x40 90x50 e 100x50; T 37,1°C; HGT 8:00 HI 9:00 523mg/dl 10:00 482mg/dl 11:00 432mg/dl. Apresentava ainda poliúria, olhos sem lágrimas e encovados, lábios ressecados (pedia que molhasse o tempo todo). Estava pálida, extremidades frias.

Assim que chegou foi puncionada com abocath 22, recebeu hidratação EV rápida, com soro fisiológico 0,9%. Foram colhidos exames: gasometria, eletrólitos, glicose. A gasometria acusou uma discreta acidose, mas os médicos decidiram não corrigi-la.

À medida que sua condição de saúde se estabilizou, seu aspecto geral melhorou tornando-se falante e risonha.

No entanto, quando soube que seria internada na emergência interna se mostrou incomodada, disse que estava preocupada com a escola, pois estava quase repetindo o ano em matemática.

A mãe a todo o momento frisava à filha que ela estava naquela situação devido à falta de cuidado com sua saúde. Relatou ainda que a situação não lhe causava mais medo porque já tinha passado por situações parecidas muitas outras vezes com Ursinha. Disse que sua maior preocupação fora da emergência eram seus pais, que moram com ela, e dependem de seu

cuidado. E ainda a outra filha que estava em casa com cólicas menstruais muito fortes, até vomitando.

Diagnósticos de Enfermagem	Metas de Enfermagem	Avaliação de Enfermagem
<p><b>A. Estressores Fisiológicos</b></p> <p><i>Referidos pela adolescente:</i></p> <p>1. Boca seca 2. Frio</p> <p><i>Identificados pelo acadêmico:</i></p> <p>3. Hiperglicemia 4. Queixas de vômitos 5. Sinais de desidratação (olhos sem lágrimas e encovados, lábios ressecados, pálida, extremidades frias) 6. Prostração/Apatia</p>	<p>1.1 Umedecer os lábios com gaze úmida 2.1 Cobrir a adolescente com lençol 3.1 Verificar e registrar a glicemia capilar 3.2 Administrar medicação específica, conforme prescrição médica 4.1 Manter controle sobre o tipo de ingesta hídrica e alimentar 4.2 Administrar medicamentos prescritos para cessar o vômito 4.3 Orientar a mãe para observar e comunicar o comportamento da criança sobre novos episódios de vômito 4.4 Registrar e comunicar ocorrência de episódios de vômitos 5.1 Controlar a diurese devido à polaciúria 5.2 Observar, registrar e comunicar sinais de desidratação 5.3 Manter acesso venoso e supervisionar a velocidade da rehidratação 5.4 Manter controle de sinais vitais 5.5 Manter vigilância permanente sobre a adolescente 5.6 (Idem meta 2.1) 5.7 Orientar e explicar à mãe e adolescente a importância de não ingerir nada via oral 6.1 Verificar nível de consciência constantemente 6.2 (Idem meta 5.5).</p>	<p>1.1 Meta atingida 2.1 Meta atingida adolescente referiu estar mais aquecido 3.1 Meta atingida 3.2 Meta atingida 4.1 Meta atingida, acompanhante orientado a não oferecer alimentação sem aviso ao serviço de emergência 4.2 Meta atingida 4.3 Meta atingida 4.4 Meta atingida 5.1 Meta atingida 5.2 Meta atingida 5.3 Meta atingida através da troca constante de soro conforme prescrição médica e verificação da perfusão da rehidratação 5.4 Meta atingida 5.5 Meta atingida 5.6 Meta atingida 5.7 Meta atingida, adolescente e acompanhante compreenderam a importância 6.1 Meta atingida 6.2 Meta atingida</p>
<p><b>B. Estressores Psicológicos</b></p> <p><i>Identificados pelo Acadêmico em relação a acompanhante:</i></p> <p>7. Preocupação da mãe com relação ao auto-cuidado da filha 8. A mãe estava mais preocupada com outros familiares parecendo minimizar a gravidade da condição da jovem</p> <p><i>Identificados pelo Acadêmico, com relação a adolescente:</i></p> <p>9. Medo de repetir o ano escolar em virtude da internação (iria perder</p>	<p>7.1 Ouvir atentamente as verbalizações da mãe 7.2 Orientar a mãe sobre as atitudes pertinentes em relação a saúde da adolescente 8.1 (Idem meta 7.1) 8.2 Explicar a importância de seu apoio para a recuperação da filha 9.1 Escutar atentamente as verbalizações da adolescente com relação aos seus medos 9.2 Informar à adolescente sobre seu direito em refazer a prova 9.3 Encorajar a adolescente no sentido de mesma aceitar a internação.</p>	<p>7.1 Meta alcançada com sucesso 7.2 Meta atingida através de reforço sobre as orientações me relação à doença e cuidados principais 8.1 Meta alcançada com sucesso 8.2 Meta atingida 9.1 Meta alcançada com sucesso 9.2 Meta atingida, adolescente sentiu-se mais tranquila após ser informada sobre</p>

provas).		o serviço pedagógico oferecido pelo HIJG 9.3 Meta atingida, adolescente compreendeu a importância da internação e os riscos que corria se fosse liberada.
----------	--	--

Quadro 8 – Processo de Enfermagem VI

APÊNDICE D - PÔSTER



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS  
HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO

Júlio César de Oliveria; Marina da Silva Kleinubing; Martha Manara Sell

**Objetivo Geral:** Prestar assistência de enfermagem à criança/adolescente hospitalizadas e acompanhante, em situação de urgência/emergência, segundo a Teoria de Sistemas de Betty Neuman.

**Objetivos Específicos:**

- Identificar e desenvolver intervenções de enfermagem para atenuar, minimizar ou eliminar os estressores que atinjam a criança/adolescente e acompanhante em situação de urgência/emergência, subsidiados pela teoria de Betty Neuman;
- Compartilhar a metodologia de assistência de enfermagem adotada com a equipe de enfermagem da unidade de emergência do HIJG;
- Acompanhar e colaborar na organização administrativa da unidade de emergência do HIJG, e na gerência da assistência de enfermagem nas situações de urgência/emergência vivenciadas pela criança/adolescente e acompanhante;
- Ampliar os estudos relacionados às situações de urgência/emergência em pediatria fortalecendo o desenvolvimento de uma prática sustentada teoricamente.

**Teoria do Modelo de Sistemas de Betty Neuman**

É um sistema aberto, que caracteriza as formas de interação constante entre o meio ou o ambiente em que a “pessoa” vive e as forças internas e externas que dele são provenientes e que podem alterar o equilíbrio existente.

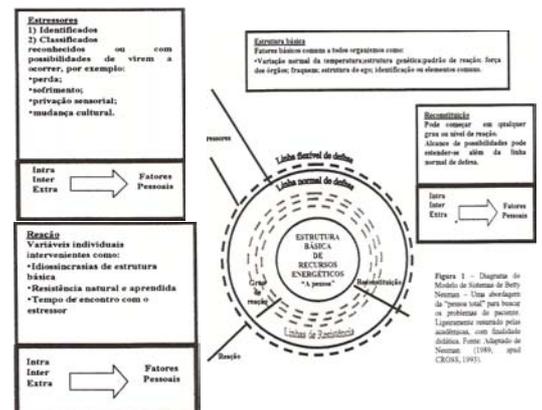
A estrutura apresenta o cliente como um sistema relacionado com seu meio, sofrendo suas influências, adaptando-se e sendo adaptado em função de estressores internos e externos que se apresentam.

**Metodologia**

Público Alvo: crianças/adolescentes em situação efetiva de emergência / urgência na faixa etária de 0 à 14 anos, admitidas pelo serviço de emergência do HIJG e também o (s) seu (s) acompanhante.

Estratégias:

- Elaborar um instrumento de identificação dos estressores e dos resultados das interações destes, com as variáveis fisiológicas, psicossociais, desenvolvimentais e espirituais da criança/adolescente e acompanhante;
- Elaborar encartes com estressores comumente encontrados e possibilidades de intervenção de enfermagem, além de disponibilizar este material para unidade de emergência;
- Desenvolver as diversas etapas do processo de enfermagem orientadas em Betty Neuman;



**Referências Bibliográficas:**

CROSS, J.R. Betty Neuman. In: GEORGE, J. B. et. al. **Teorias de Enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 227 – 241.

LEOPARDI, M. T. Betty Neuman. In: \_\_\_\_\_. **Teoria de Enfermagem: instrumento para a prática**. Florianópolis. Papa-livros, 1999. p.114 – 121.

WONG, D. L. **Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva**. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,

**APÊNDICE E – FOTO**

Figura 2 – Participação da Equipe de Enfermagem na construção dos estressores

## APÊNDICE F – PLANTA BAIXA DA EMERGÊNCIA DO HIJG



Figura 3 - Planta Baixa da Emergência do HIJG





### APÊNDICE H – ESCALA DE FÉRIAS E LICENÇA

NOME	FÉRIAS	LICENÇA PREMIO
Ana Paula		
Dany Andrey da Silva		
Edilson Fávero Biondo		
Edson Luiz Fortkamp		
Elizabete Maria da Silva		
Eloá Terezinha M. da Silva		
Eunice Orli de Souza		
Fábila F. Dos Passos Rosa		
Gertrudes Nascimento		
Gilka Ricord Pereira		
Lourdes S. Justino		
Maria Cecília de Oliveira		
Maria Ivone Farias		
Maria Lúcia S. Correia		
Maria Solene Reizt Schappo		
Maria Terezinha de Campos		
Miguel Juvenal A Silveira		
Nelci Terezinha Stahelin		
Nora Nei Vieira		
Paulo Ricardo T. da Rocha		
Sandra Ramos		
Stela Rosana Neves		
Valmor Rabelo		
Zelia Souza Constantino		
Zenilda Zilda Eduardo		
Zulma da Silva		

Quadro 11 – Escala de Férias e Licença

## APÊNDICE I – TUBOS DE COLETA

- **TUBO ROXO** 3mL Hemograma, HT, HG, reticulócitos, coombs  
(EDTA) direto.
- **TUBO AZUL** 3mL TAP, KPTT, antitrombina.  
(citrato)
- **TUBO PRETO** 3mL Lactato, glicose de jejum.  
(fluoreto de sódio)
- **TUBO SECO** 4mL Eletrólitos, TGO/TGP, amilase, glicose, CK,  
CKMB, VDRL, coombs indireto, PCR,  
imunoglob.(HIV, toxoplasmose, rubéola, hepatite).
- **TUBO SECO REVESTIDO COM CARBONO** 4mL Bilirrubina

### APÊNDICE J – PLANILHA DE PASSAGEM DE PLANTÃO DOS MATERIAIS DA EMERGÊNCIA

EMERGÊNCIA EXTERNA	Mês:																								OBSERVAÇÕES		
MATERIAL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#		#	
03 BOMBAS DE INFUSÃO																											
01 BERÇO AQUECIDO																											
02 OXÍMETROS																											
01 SENSOR OXÍMETRO P																											
01 SENSOR OXÍMETRO G																											
01 MANGUITO P																											
01 MANGUITO G																											
01 APARELHO DE GLIC. CAPILAR																											
GAVETA DE PSICOTRÓPICOS																											
GAVETA DE LARINGOS																											
GAVETA MÁSC + CONEXÕES																											
07 AMBUS																											
01 TÁBUA MASSAGEM CARDÍACA																											
CADEIRAS DE RODA																											
ELETROCARDIOGRAMA																											
01 SUPORTE DE SORO MÓVEL																											
01 UMIDIFICADOR MONTADO																											
01 FRASCO ASPIRAÇÃO MONTADO																											
01 TORPEDO DE OXIGÊNIO PEQUENO																											
01 MACA RÍGIDA																											
01 IMOBILIZADOR ARANHA																											
01 IMOBILIZADOR DE CABEÇA																											
01 CX DE MÁSC NEBULIZAÇÃO																											
01 MALETA DE TRANSPORTE																											
01 PACOTE C/ MED. REANIMAÇÃO																											
COMADRES E PINICOS																											
01 BANHEIRA																											
01 TERMÔMETRO																											
01 CHALEIRA ELÉTRICA																											
01 SANDUICHEIRA																											
<b>PASSADO</b>																											
<b>RECEBIDO</b>																											

Figura 6 - Planilha de Passagem de Plantão dos Materiais da Emergência

## ANEXO A - CONVULSÕES E EPILEPSIA

Convulsão é uma alteração paroxística da atividade motora, limitada no tempo, com ou sem alteração da consciência ou do comportamento, provocada por uma atividade elétrica cerebral anormal (OLIVEIRA, 2005). Segundo Wong (1999) convulsões são breves disfunções do sistema elétrico encefálico resultante da descarga neuronal cortical. As manifestações de convulsões são determinadas pelo local de origem e podem incluir inconsciência ou alteração da consciência, movimentos involuntários e alterações da percepção, comportamento, sensações e postura.

Aproximadamente 80% das crises agudas em crianças cessam antes do atendimento hospitalar, não necessitando qualquer tratamento com anticonvulsivantes no serviço de emergência. Por outro lado, grande parte dos episódios que apresentam duração maior que 5 minutos persistirão por mais de 20-30 minutos, podendo implicar em riscos de lesão não só do sistema nervoso central (SNC) como também sistêmicas (CASELLA, 1999).

Segundo Oliveira (2005), além do estado de convulsão, existem outras variações:

- **Convulsão Febril:** episódio de convulsão generalizada iniciada durante um episódio febril (ou logo antes) e com duração de menos de 15 minutos, em crianças entre 9 meses e 5 anos de idade, sem antecedentes de problemas neurológicos, exames neurológicos normais e sem evidências de causa básica.

- **Epilepsia:** evento neurofisiológico representado por uma descarga elétrica anormal, excessiva e síncrona, de um grupamento neuronal, ocorrendo de forma espontânea ou resultante de um fator exógeno como distúrbio hidroeletrólíticos, febre ou mesmo um quadro encefalítico (CASELLA, 1999).

- **Status Convulsivo ou Estado de Mal Convulsivo:** é a persistência da crise convulsiva, ou de uma sucessão delas sem recuperação da consciência, por mais de 30 minutos. A convulsão persistente ou prolongada leva a lesão cerebral.

As convulsões são classificadas como idiopáticas quando não têm causa aparente; sintomáticas quando a causa primária for orgânica ou metabólica conhecida; e secundárias agudas quando são sintomas de alguma outra patologia decorrente. Estas últimas são também conhecidas como “adquiridas”.

As crises têm caracterização diferente, dependendo da área cerebral em que há descarga elétrica.

- **Convulsões Parciais:** causadas por descargas elétricas anormais de focos epileptogênicos limitados a uma região mais ou menos circunscrita ao córtex cerebral. São divididas em três tipos: *convulsões parciais simples* (não há alteração de consciência); *convulsões parciais complexas* (envolvem sistemas complexos e perda de consciência. Presença de aura); e *convulsões simples ou complexas, secundariamente generalizada* (crises generalizadas, geralmente tônico-clônicas).

- **Convulsões Generalizadas:** sem um início focal parecem originar-se na formação reticular, e as observações clínicas indicam o envolvimento de ambos os hemisférios.

Reynaldo Gomes (OLIVEIRA, 2005) ainda faz referência à classificação das convulsões quanto às suas características:

- **Convulsão Focal:** movimentos clônicos restritos a um grupo muscular, unilaterais, na face ou extremidades ou movimento forçado de rotação da cabeça e desvio do olhar para um lado ou parestesia ou dor em determinada área. São comuns no RN.

- **Convulsão Tônica:** aumento do tônus e rigidez do tronco e dos membros, durante a crise.

- **Convulsão Clônica:** movimentos rítmicos e contração e relaxamento muscular.

- **Convulsão Clônica Multifocal:** ocorrem em diversas partes do corpo de forma aleatória ou migratória e são mais comuns nos prematuros.

- **Convulsão Tônico Clônica Generalizada:** geralmente iniciam por extensão tônica dos quatro membros (postura de descerebração) ou, ocasionalmente, flexão tônica dos membros superiores e extensão dos inferiores (postura de decorticação). É acompanhada por fenômenos oculares e apnéia. Após a fase tônica, iniciam-se os movimentos clônicos repetitivos.

### **Principais Cuidados de Enfermagem**

#### **Durante a Convulsão:**

- Anotar o horário do episódio convulsivo;
- Se a criança/adolescente estiver em pé ou sentada, ajudá-la a deitar;
- Proteger a criança/adolescente de possíveis lesões durante a crise (ex. colocar travesseiro/cobertor dobrado sob a cabeça, elevar grades do leito, remover objetos perigosos etc.);
- Administrar medicação conforme prescrito;

- Durante a administração da medicação, fazer monitoramento das funções cardíaca, respiratória e renal;
- Comunicar o paciente e seu acompanhante sobre os possíveis efeitos adversos causados pela medicação anticonvulsivante, como: agitação, sonolência, náuseas, nervosismo, alucinação e depressão respiratória. Solicitar que comunique o serviço médico e de enfermagem no surgimento de qualquer um dos sintomas (DICIONÁRIO de Administração de Medicamentos na Enfermagem, 2004);
- Oferecer oxigênio e monitorizar saturação de oxigênio;
- Registrar e comunicar as características da crise;
- Procurar manter a criança/adolescente em decúbito lateral a fim de evitar a oclusão das vias aéreas e possíveis broncoaspiração em caso de vômito e sialorréia;
- Aspirar secreções como vômito e sialorréia, sempre que necessário;
- Falar com a criança/adolescente e acompanhante de forma calma e tranquilizadora;
- Explicar ao acompanhante, questões pertinentes à crise convulsiva (ex. procedimentos realizados, tempo de duração etc.).

#### **Após a convulsão:**

- Anotar o horário do período pós-ictal;
- Solicitar que o acompanhante descreva as características do episódio convulsivo à partir dos seguintes questionamentos:
  - **Alterações antes da crise:** irritabilidade, alteração de humor, do sono e da personalidade, dor de cabeça, cansaço mental e estresse emocional.
  - **Aura:** parestesias, formigamentos, automatismo, alterações da fala, desorientação, vertigem, sensação de medo e pânico, desconforto epigástrico, alucinações/distúrbios visuais.
  - **Fatores desencadeantes:** drogas de abuso, álcool, medicação, fotoestimulação, hiperventilação, atividade com TV ou vídeo-game e operações repetitivas.

- **Durante a crise:** característica dos movimentos tônicos e clônicos, grupo muscular envolvido, simetria, duração das crises, postura, cianose, lesão na língua, salivação, incontinência e vômito.
  - **Pós crise:** cefaléia, tempo de inconsciência, tempo de sono, paralisias, etc.
- 
- Verificar posicionamento da língua e respiração, em caso de ausência da mesma, iniciar respiração artificial e comunicar serviço médico;
  - Observar posição da cabeça e se necessário reposicioná-la se estiver hiperextendida;
  - Manter a criança/adolescente em decúbito lateral e monitorizada (saturação de O<sub>2</sub>);
  - Permanecer com a criança/adolescente até recuperação total;
  - Não oferecer líquido ou alimento até que a criança/adolescente esteja totalmente alerta;
  - Identificar junto à criança/adolescente e acompanhante, possíveis fatores deflagradores da crise convulsiva;
  - Monitorar nível de consciência na pós-crise;
  - Proporcionar ambiente tranquilo e a presença do acompanhante no pós-crise.

## REFERÊNCIAS

CASELLA, E. B.; MÂNGIA, C. M. F. Abordagem da crise convulsiva aguda em e estado de mal epiléptico em crianças. **Jornal de Pediatria** – v. 75, Supl. 2, 1999. Disponível em: <[www.scielo.br](http://www.scielo.br)>. Acesso em: 31 jan. 2007.

DICIONÁRIO de Administração de Medicamentos na Enfermagem 2005/2006. Rio de Janeiro: EPUB, 2004.

OLIVEIRA, R. G. DE. **Blackbook Pediatria:** medicamentos e rotinas médicas. 3. ed. Belo Horizonte: Black Book Editora, 2005.

WONG, D. L. **Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva.** 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

## ANEXO B - DESEQUILÍBRIO HIDROELETROLÍTICO

É essencial um conhecimento das várias subdivisões da água total do organismo para compreender e tratar os problemas hidroeletrolíticos mais complexos para o nosso corpo.

A água representa de 50 a 60 % do peso corporal, estando presente, em maior quantidade, nas pessoas magras, e, em menor quantidade, nas pessoas obesas. As mulheres têm uma percentagem menor de água total no organismo devido à maior quantidade de tecido adiposo subcutâneo. A água do organismo pode ser dividida em compartimentos:

- Intracelular – 40% do peso corpóreo;
- Extracelular – 20% do peso corpóreo (intersticial 5% e intravascular 15%).

O líquido intersticial consiste na diferença entre o líquido extracelular total e o volume localizado no espaço intravascular. Os três compartimentos que compõem a água total do organismo também diferem em composição. O potássio (K<sup>+</sup>), o cálcio (Ca<sup>2+</sup>) e o magnésio (Mg<sup>2+</sup>) representam os principais cátions na água intracelular, e os fosfatos e proteínas, os principais ânions.

### Permeabilidade e tonicidade

As diferenças na composição entre o líquido intracelular (LIC) e o extracelular (LEC) são mantidas ativamente pela membrana celular. Essa é uma membrana semipermeável, uma vez que é totalmente permeável à água, porém é seletivamente permeável a outras substâncias. Embora o número total de osmoles seja igual em ambos os lados da membrana celular, a pressão osmótica efetiva é determinada por substâncias que não podem passar através da membrana semipermeável.

A pressão osmótica de uma solução é referida em termos de osmoles ou miliosmoles, e está relacionada com o número de partículas osmoticamente ativas, presentes na solução.

### Balanço hídrico

O peso corporal tornou-se uma medida bastante importante, porque as alterações agudas refletem aumentos ou diminuições na água total do organismo. Como foi observado anteriormente, a água total do organismo representa 50 a 60 % do peso corporal. Em um adulto de 70 quilos essa fração seria de 35 a 42 litros de água, uma ampla faixa que esta relacionada com a idade, e o sexo e as diferenças na composição do organismo existentes

entre adultos normais. Assim, uma única medida do peso corporal, geralmente, tem pouco valor no cálculo da água total.

O BH teve aplicação clínica limitada devido às dificuldades em se medir o conteúdo hídrico dos alimentos sólidos e das fezes, a água e as perdas pela evaporação. As perdas por evaporação são inferiores a 1000 ml/dia nos pacientes afebris e ainda menores quando se umidificam as vias aéreas com vapor aquecido, e nos pacientes febris existem cálculos que possibilitam avaliar as perdas aproximadas.

## **Distúrbios do equilíbrio hidroeletrólítico**

### **a) Desidratação**

#### *Definição*

A desidratação é uma diminuição na quantidade total de água corpórea com hiper, iso ou hipotonicidade dos fluidos orgânicos. Os testes laboratoriais mostram Hb e Ht, uréia, creatinina, proteínas e densidade específica da urina elevados, e sódio urinário baixo (a não ser que haja doença renal primária).

#### *Etiologia*

Perdas gastrointestinais (diarréias vômitos, aspiração gástrica); perdas geniturinárias (poliúria de qualquer etiologia, doença de Addison, diabetes, terapêutica com diuréticos, etc.); perdas pela pele (sudorese abundante, queimaduras, etc.); ingestão insuficiente (numerosas etiologias).

#### *Sinais e sintomas*

Sede (com perda de 2% do peso corpóreo); precoces (mucosas secas, pele intertriginosa seca, perda da elasticidade da pele, oligúria); tardios (taquicardia, hipotensão postural, pulso fraco, obnubilação, febre, coma); morte (com perda de 15% do peso corpóreo).

#### *Conduta*

1. Corrigir o problema primário;
2. a diferença entre o peso prévio ao processo mórbido e o peso atual (na possibilidade de obtenção), corresponde ao grau de hidratação e o volume a ser repostos;
3. se não for possível à utilização do peso como parâmetro, estimar o grau de desidratação, combinando a história com os sinais e sintomas e exames laboratoriais;
4. quando houver desidratação grave deve ser usadas soluções eletrolíticas em grandes quantidades, não esperando pelos resultados das determinações eletrolíticas.

## **b) Intoxicação hídrica**

### *Definição*

É o oposto direto da hipertonidade (por sobrecarga de solutos) causada pela excessiva ingestão de água na presença de baixa diurese.

A fonte de água pode ser a ingestão oral, mas, mais frequentemente, é uma má orientação e excessiva terapêutica parenteral com glicose e água. Pacientes com enfermidades crônicas, debilitantes, como câncer, insuficiência cardíaca congestiva ou enfermidade hepática ou renal, são propensos a ter um LEC expandido e algum grau de hipotonidade.

### *Quadro clínico*

As náuseas, a astenia e uma queda do volume urinário são os sintomas mais precoces, seguidos por convulsão ou coma. Sempre ocorrerá rápido aumento de peso, podendo observar-se edema periférico e pulmonar. Os achados laboratoriais incluíram rápida queda na concentração de Na<sup>+</sup> sérico e na osmolalidade plasmática. A urina pode conter substanciais quantidades de sódio que, em presença de uma baixa concentração plasmática, indicam uma inapropriada excreção de sódio, devido ao excesso de volume do LEC, se estiverem afastadas doença renal e insuficiência adrenal.

### *Conduta*

Restrição hídrica, reposição de sódio (administração de sal hipertônico em pequenas quantidades – 300 ml de NaCl a 3%), uso cuidadoso de diurético osmótico (manitol) e administração lenta de glicose hipertônica.

## **c) Acidose metabólica**

A acidose metabólica é um distúrbio clínico caracterizado por um pH baixo (concentração aumentada de H<sup>+</sup>) e uma concentração plasmática baixa de bicarbonato. Ela pode ser produzida por um ganho de íon hidrogênico ou por uma perda de bicarbonato. Ela pode ser clinicamente dividida em duas formas, de acordo com os valores do hiato aniônico sérico: acidose com hiato iônico alto e acidose com hiato iônico normal. O hiato iônico refere os ânions normalmente não mensurados (fosfatos, sulfatos e proteínas) no plasma. Determinar o hiato iônico é essencial na análise correta dos distúrbios ácido-básicos.

A acidose com hiato aniônico alto resulta do acúmulo excessivo de ácido fixo. Quando o intervalo está aumentado para 30 mEq/l (SI:30 mmol/l) ou mais, então uma acidose metabólica com hiato aniônico alto está presente, seja quais forem os valores do pH e do

HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>. Ela ocorre na cetoacidose, na acidose láctica, na fase tardia de intoxicação por salicilato, uremia, intoxicação por metanol ou por etilenoglicol e na cetoacidose por inanição. O hidrogênio é tamponado pelo HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>, fazendo com que a concentração de bicarbonato caia. Em todos esses casos, níveis anormalmente elevados de ânions inundam o sistema, aumentando o hiato aniônico acima dos limites normais.

A acidose com hiato aniônico normal resulta da perda direta de bicarbonato, como na diarreia fístulas intestinais inferiores, ureterostomias e uso de diuréticos; insuficiência renal inicial; administração excessiva de cloro; e a administração de nutrição parenteral sem bicarbonato ou solutos produtores de bicarbonato. A acidose com hiato aniônico normal também é referida como acidose hiperclorêmica.

#### *Manifestações clínicas*

Os sinais e sintomas da acidose metabólica variam com a gravidade da acidose. Eles podem incluir cefaléia, convulsão, sonolência, frequência e profundidade respiratória aumentada, náuseas e vômitos. A vasodilatação periférica e o débito cardíaco diminuído ocorrem quando o pH cai abaixo de 7. Os achados adicionais da avaliação, física incluem pressão arterial diminuída, pele fria e pegajosa, arritmias e choque.

A acidose metabólica crônica é usualmente observada como a insuficiência renal crônica. O bicarbonato e o pH diminuem lentamente; assim o paciente mostra-se assintomático até que o bicarbonato seja de aproximadamente 15 mEq/l ou menos.

#### *Tratamento*

O tratamento é direcionado para correção do defeito metabólico. Quando o problema resulta da ingestão excessiva de cloro, o tratamento é voltado para a eliminação da fonte de cloro. Quando necessário, o bicarbonato é administrado se o pH é inferior a 7,1 e o nível de bicarbonato é inferior a 10. Embora a hipercalemia ocorra com a acidose, a hipocalemia pode ocorrer com a reversão da acidose e subsequente movimento do potássio de volta para dentro das células. Portanto, o nível sérico do potássio é monitorado de perto e a hipocalemia é corrigida, quando a acidose é revertida.

Na acidose metabólica crônica, os baixos níveis séricos de potássio são tratados antes de corrigir a acidose metabólica crônica, de modo a evitar a tetania resultante do aumento do pH e da diminuição no cálcio ionizado. As modalidades de tratamento podem incluir os agentes alcalinizantes e a hemodiálise ou diálise peritoneal.

#### **d) Choque hipovolêmico**

Além de cuidar do paciente através dos diferentes estágios do choque, o enfermeiro deve adequar às intervenções ao tipo de choque – seja ele um choque hipovolêmico, cardiogênico ou distributivo.

O choque hipovolêmico – o tipo mais comum de choque – caracteriza-se por um volume intravascular diminuído. O líquido corporal está contido nos compartimentos intracelular e extracelular. O líquido intracelular contribui com cerca de dois terços da água corporal total. O líquido extracelular é encontrado em um dos dois compartimentos: intravascular (dentro dos vasos sanguíneos) ou intersticial (nos tecidos circunvizinhos). O volume de líquido intersticial é de cerca de três a quatro vezes o do líquido intravascular. O choque hipovolêmico ocorre quando existe uma redução de 15 a 25% no volume intravascular. Isso representa uma perda de 750 a 1300 ml de sangue em uma pessoa de 70 Kg.

#### *Fisiopatologia*

O choque hipovolêmico pode ser causado por perdas líquidas externas, como na hemorragia, ou por deslocamentos de líquidos internos, como na desidratação grave, edema grave ou ascite. O volume intravascular pode ser reduzido pela perda de líquido e pelo deslocamento de líquido entre os compartimentos intravascular e intersticial.

A seqüência de eventos no choque hipovolêmico começa com uma diminuição no volume intravascular. Isso resulta em diminuição no retorno venoso do sangue para o coração e subsequente enchimento ventricular diminuído. O baixo enchimento ventricular resulta em volume sistólico (quantidade ejetada de sangue pelo coração) e débito cardíaco diminuídos. Quando o débito cardíaco cai, a pressão arterial cai e os tecidos não podem ser perfundidos de maneira adequada.

#### *Tratamento*

Os principais objetivos no tratamento do choque hipovolêmico são restaurar o volume intravascular para reverter à seqüência de eventos que conduzem à perfusão tecidual inadequada; redistribuir o volume hídrico; e corrigir a causa subjacente da perda hídrica o mais rapidamente possível. Dependendo da gravidade do choque e do distúrbio do paciente, é provável que sejam empreendidos esforços para alcançar simultaneamente todos os três objetivos.

### **Principais Cuidados de Enfermagem**

- Monitorizar o paciente;
- Promover controle rigoroso dos sinais vitais;
- Avaliar a estabilidade do quadro clínico do paciente;
- Promover controle rigoroso do balanço hídrico, estando atento aos volumes de perdas e ganhos do paciente;
- Registrar todos os balanços hídricos e comunicar em caso de alterações significativas;
- Estar atento aos sinais de sobrecarga hídrica;
- Observar, registrar e comunicar edemas generalizados;
- Estar atento com relação a desconforto respiratório;
- Estimular a ingesta hídrica nos casos em que à mesma não esteja restrita;
- Estimular a ingesta alimentar nos casos em que a mesma não esteja restrita;
- Observar controle em relação à ingesta de sódio;
- Estimular a deambulação nos casos em que mesma não esteja restrita;
- Auxiliar durante a higiene corporal, nos casos que requeiram;
- Administrar a medicação exatamente conforme a prescrição médica, estando muito atento nos casos que requeiram medicamentos endovenosos;
- Promover conforto para o paciente;
- Procurar estabelecer um diálogo com o paciente, buscando adquirir sua confiança no sentido de ajudá-lo perante seus medos e angústias;
- Explicar todos os procedimentos que causem dúvidas ao paciente buscando deixar a par de toda sua situação;

### **REFERÊNCIAS**

BARBOSA, Arnaldo Prata; SZTAJNBOK, Jaques. Desidratação hipocalemia, hipernatremia, hipocalcemia, hipercalcemia, hipofosfatemia, hiperfosfatemia. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.75, Supl. 2, 1999.

GUYTON, A. C; HALL, J. E. **Fisiologia Humana e Mecanismo das Doenças**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

PIVA, Jefferson Pedro; GARCIA, Pedro Celiny Ramos; MARTHA, Vanessa Feller. Equilíbrio ácido-básico, distúrbios do equilíbrio ácido-básico, *anion-gap*. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 75, Supl.2, 1999.

WONG, D. L. **Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva**. 5.ed.  
Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

## ANEXO C - LESÕES TRAUMÁTICAS

Segundo Wong (1999), as lesões traumáticas causam mais mortes e incapacidades nas crianças do que a combinação de todas as causas de doença. À medida que as crianças crescem, o percentual de mortes devido a lesões traumáticas aumenta. As lesões traumáticas não têm demonstrado declínio acentuado como o observado em outras áreas da mortalidade infantil porque esse tipo de lesão tradicionalmente tem sido considerado como um fato inevitável ou um problema de comportamento, mais que um problema de saúde. O termo acidente sugere um evento caótico, aleatório, que é de “sorte”, já o termo lesão é preferido porque tem uma conotação de senso de responsabilidade e controle.

O padrão de mortes causadas por lesões não-intencionais, especialmente devido a veículos motorizados, afogamentos e queimaduras, é extraordinariamente consistente em muitas sociedades ocidentais (WONG, 1999).

Apresenta-se no quadro abaixo tipos de acidentes mais comuns na infância e adolescência e sua prevalência:

Tipo de acidente	Idade		
	Abaixo de 1 ano	1-4 anos	5-14 anos
<b>Meninos</b>			
Veículo motorizado	2	1	1
Afogamento	5	2	2
Incêndios e queimaduras	4	3	3
Armas de fogo	-	-	4
Ingestão de alimentos/objeto	3	4	-
Sufocação mecânica	1	5	-
<b>Meninas</b>			
Veículo motorizado	2	1	1
Afogamento	5	3	3
Incêndios e queimaduras	4	2	2
Armas de fogo	-	-	4
Ingestão de alimentos/objeto	3	4	-
Sufocação mecânica	1	5	-

Quadro 12 - Mortalidade de acordo com os tipos de lesões traumáticas em ordem de prevalência, Estados Unidos, 1990.

Fonte: (WONG, 1999)

A análise da prática brasileira na educação para o trânsito indica que a mudança de comportamento no trânsito, da forma como tem sido feita, não tem alcançado bons resultados. A implantação de sistemas de informações sobre acidentes de trânsito, ações educativas junto às travessias de pedestres e atendimento aos acidentados têm sido sugeridos para os grandes centros urbanos brasileiros. Campanhas bem-sucedidas incluem estratégias educativas, modificação ambiental e aplicação da legislação (WAKSMAN; PIRITO, 2005).

Os atropelamentos nos menores de 5 anos ocorrem por veículos a motor dando ré em vias de circulação; aos 2 anos, são mais freqüentes em entradas de garagens; aos 4 anos nos estacionamento; aos 6 anos passam a ocorrer em outros locais, como centros de quarteirões; e aos 10 anos nos cruzamentos (WAKSMAN; PIRITO, 2005).

As estratégias de prevenção, como uso do cinto de segurança no carro, capacetes para ciclistas e detectores de fumaça, têm reduzido de forma significativa as fatalidades entre as crianças (WONG, 1999).

Politrauma é bastante comum em crianças vítimas de acidentes de trânsito, é definido como o conjunto de lesões traumáticas simultâneas em diversas regiões, órgãos ou sistemas do corpo, em que pelo menos uma das lesões pode colocar o paciente em risco de vida. Em grande número de casos ocorre, também, trauma craniencefálico (ABRAMOVICI; SOUZA, 1999).

A criança apresenta menor massa corporal, menor quantidade de tecido conjuntivo elástico e gordura, o que determina uma maior transmissão de energia, que, associada ao formato visceral mais compacto (órgãos mais próximos), apresenta tendência a lesões multissistêmicas com maior potencial de gravidade (SCHVARTSMAN; CARRERA; ABRAMOVICI, 2005).

Já os casos de asfixiação e sufocação ocorrem geralmente em torno de 1 ano de idade pois, apesar das crianças mastigarem bem, podem ter dificuldade com os grandes pedaços de alimentos. Outra causa são as brincadeiras e jogos que envolvem objetos pequenos, eletrodomésticos com tampa (como fogão, geladeira) e ainda objetos como saco plástico e caixas onde a criança pode colocar a cabeça dentro (WONG, 1999).

O atendimento da criança traumatizada inicia-se na cena do evento traumático, com a chamada da equipe de atenção pré-hospitalar, sua avaliação e abordagem, seguida do transporte para uma unidade hospitalar adequada à situação, preferencialmente mais próxima à ocorrência (SCHVARTSMAN; CARRERA; ABRAMOVICI, 2005).

Já no hospital, a avaliação inicial é na emergência, cujo objetivo é a obtenção do equilíbrio fisiológico rápido, baseado na identificação e tratamento das lesões que põem em risco a vida da criança (exame primário), seguido da pesquisa de outras lesões (exame secundário) e orientação para o tratamento definitivo (cuidados definitivos). No decorrer do restabelecimento, a reabilitação finaliza o processo de atenção à criança traumatizada (SCHVARTSMAN; CARRERA; ABRAMOVICI, 2005).

### **Principais Cuidados de Enfermagem**

Abramovici e Souza (1999) acreditam que o atendimento inicial da criança/adolescente politraumatizado obedece à seqüência “ABCDE”:

A= “airway” = vias aéreas

B= “breathing” = respiração

C= “circulation” = circulação

D= “disability” = avaliação neurológica

E= “exposure” = exposição

#### **Vias aéreas**

O estabelecimento de via aérea com proteção simultânea da coluna cervical é muito difícil na criança politraumatizada, visto que esta possui algumas diferenças anatômicas quando comparadas ao adulto. As vias aéreas são facilmente obstruídas por corpos estranhos como sangue, muco e fragmentos de dente, e por isso devem ser limpas e aspiradas com cuidado.

Caso seja necessária a intubação, esta deve sempre ser precedida de ventilação com bolsa-máscara e oxigenação.

#### **Respiração**

A efetividade da ventilação e da oxigenação deve ser continuamente avaliada, observando-se expansibilidade simétrica e ausência de cianose. A criança deve receber oxigenação suplementar na maior concentração possível por meio de máscara. Se a respiração não for eficaz, instituir ventilação assistida com bolsa-máscara com reservatório para oferecer

oxigênio a 100%. Essa assistência deve, eventualmente, ser seguida por intubação endotraqueal.

### Circulação

A manutenção da circulação requer controle de hemorragias externas, suporte da função cardiovascular e perfusão sistêmica, restauração e manutenção do volume sanguíneo adequado. Um acesso vascular deve ser providenciado rapidamente.

### Avaliação Neurológica

Deve ser feito um exame das pupilas quanto ao tamanho, simetria e resposta à luz. O estado de consciência é avaliado de acordo com a escala de coma de Glasgow.

### Exposição

A retirada da roupa é essencial para permitir um exame completo de todos os seguimentos corpóreos e facilitar a realização de procedimentos.

A criança sofre rápida perda de calor por ter uma maior superfície corpórea em relação ao peso, exigindo-se monitorização da temperatura. A queda da temperatura leva ao aumento do consumo de oxigênio e vasoconstrição periférica. Por isso, durante o atendimento a temperatura ambiente deve ser adequada ou ainda deve-se utilizar cobertores.

Wong (1999) cita como principais cuidados:

- Avaliar e registrar a extensão da lesão;
- Mobilizar o menos possível a parte lesionada;
- Cobrir feridas abertas;
- Elevar membro lesionado, se possível;
- Aplicar gelo na área lesada;
- Chamar serviço médico de Ortopedia.

## **REFERÊNCIAS**

ABRAMOVICI, S.; SOUZA, R.L. DE. Abordagem em criança politraumatizada. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v. 75, suplemento 2, 1999.

SCHVARTSMAN, Claudio; CARRERA, Renato; ABRAMOVICI, Sulim. Avaliação e transporte da criança traumatizada. **J. Pediatr.**, v. 81, n. 5, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572005000700013&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572005000700013&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 24 Set 2006.

WAKSMAN, Renata D; PIRITO, Regina M. B. K. O pediatra e a segurança no trânsito. **J. Pediatr.**, v. 81, n. 5, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572005000700008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572005000700008&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 24 Set 2006.

WONG, D. L. **Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva**. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

## ANEXO D - PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

É uma situação caracterizada por inconsciência, ausência de resposta a estímulos e ausência de pulsos palpáveis (REYNALDO, 2005).

Uma reanimação cárdio-pulmonar (RCP) com técnica correta consegue um sucesso inicial em dois terços das crianças reanimadas. Destas, um terço estarão vivas 24 horas depois, mas apenas 15-20% das crianças que tiveram parada cardíaca em ambiente hospitalar e 10% dos casos de parada fora do hospital, estarão vivas um ano depois do evento. (REYNALDO, 2005) A taxa de sobrevivência segundo Melo; Vasconcellos e Tonelli (2004) é de aproximadamente 13% e não cresceu na última década; crianças menores de um ano constituem 50% dos casos de parada. Estes dados nos levam a entender que é sempre melhor identificar os pacientes com possível risco de parada e antecipar ou evitar a ocorrência que ter que fazer manobras de reanimação pós-parada.

As crianças diferem dos adultos quanto às causas e a fisiopatologia da parada. Ao contrário dos eventos súbitos que levam os adultos à fazerem uma PCR, em crianças a parada é geralmente consequência de uma degeneração progressiva dos sistemas circulatório e respiratório (MELO; VASCONCELLOS; TONELLI, 2004). As principais causa de parada no âmbito extra-hospitalar, em crianças, são: acidentes automobilísticos, atropelamentos, queimaduras, anafilaxia, asma grave, acidente com bicicleta, afogamento, arma de fogo, asfixia (pequenos objetos, grãos, balinhas), intoxicação e agravamento súbito de doença crônica.

O mais importante, diante de uma criança em estado grave, é saber fazer uma avaliação rápida e precisa de seu estado geral através dos questionamentos e observações: “está consciente?”; “está respirando?”; “há cianose?”; “há esforço respiratório?”; “tem pulso?”, “há sinais de choque?”. Alguns dados são indicativos de risco para PCR: (REYNALDO, 2005)

- FR > 60
- esforço respiratório grave
- balanceio da cabeça
- respiração irregular (“gasping”)
- cianose ou saturação de oxigênio < 70 - 80%
- queda no nível de consciência
- não reconhecimento dos pais

- pulso fino, perfusão lenta e extremidades frias
- febre com petéquias
- convulsões
- trauma grave
- queimaduras extensas
- coma
- baixa resposta à dor
- hipotonia.

Em caso confirmatório de parada cárdio-respiratória, deve-se iniciar, imediatamente, os procedimentos de reanimação e administração de drogas de emergência. É importante a atribuição e distribuição das tarefas de cada participante da reanimação.

- (1) garantir via aérea permeável, ventilação e oxigenação adequada;
- (2) compressões torácicas;
- (3) acesso venoso calibroso;
- (4) administração de drogas;
- (5) monitorização de ECG, oxímetro, checagem de pulso e suporte à família.

Para facilitar o atendimento à pacientes em PCR, deve-se ter sempre montado, um carrinho de emergência. Segundo Oliveira (2005) este deve conter:

- **Gaveta de medicamentos:** Adrenalina (10 ampolas); Atropina (3 ampolas); Adenosina (3 ampolas); Bicarbonato 8,4% (3 ampolas); Gluconato de Cálcio à 10% (2 ampolas); Difenhidramina (2 ampolas); Dobutamina (2 ampolas); Dopamina (2 ampolas); Glicose à 50% (3 ampolas); Metilprednisolona (2 ampolas); Flumazenil (2 ampolas); Naloxone (2 ampolas); Soro fisiológico 500mL (2 frascos); Soro fisiológico 150mL (5 frascos); Soro glicosado (2 frascos).

- **Gaveta de Intubação:** dois tubos de cada tamanho e sem *cuff* (do 2,0 ao 6,5mm); um tubo de cada tamanho com *cuff* (do 7 ao 8,5mm); sondas de aspiração traqueal; laringoscópio; pilhas; lâminas retas e curvas; fio guia para intubação; pinça de Maglil (uma grande e uma pequena); rolo de esparadrapo; tesoura.

- **Gaveta de acessos/seringas/ECG:** seringas de 1, 3, 5, 10, 20 e 60cc; agulhas calibrosas para aspiração de medicação; Abocath 14 à 24G; Scalp 19 à 25G; equipo, duas/três-vias; cateter para acesso venoso central 14 a 24G; adesivos para ECG; tubo de lubrificante; sutura seda 3.0 e 4.0; lâminas de bisturi nº 10, 11 e 15; agulhas para punção intra-óssea (15 à 18); lanterna; kit para acesso central.

- **Gaveta 4:** luvas estéreis; gaze; compressa; kit para dissecação de veia e drenagem de tórax; óculos para proteção profissional; látex para aspiração e oxigênio.

- **Gaveta 5:** ambu e máscaras; máscara laríngea; cânulas de traqueostomia; cânulas orofaríngeas.

A montagem correta e revisão freqüente deste carrinho otimiza o atendimento de uma emergência.

### **Principais Cuidados de Enfermagem**

#### A B C D da vida

- A. Via aérea: manter via aérea permeável;
- B. Respiração: fornecer ventilação artificial através da respiração de resgate (através de AMBU ou boca-a-boca);
- C. Circulação: promover circulação artificial através de compressão cardíaca externa;
- D. Desfibrilação: restaurar o batimento cardíaco.

### **Tratamento de suporte**

- Monitorizar o paciente, acompanhando rigorosamente a evolução do seu quadro clínico;
- Manter controle rigoroso dos sinais vitais;
- Manter acesso venoso de grosso calibre;
- Observar, avaliar e comunicar de imediato qualquer alteração no quadro clínico do paciente;
- Administrar medicação conforme prescrição médica;
- Administrar oxigêniooterapia, quando necessário, buscando minimizar o desconforto respiratório;
- Observar, registrar e comunicar sinais de cianose;
- Ficar atento ao nível de consciência do paciente;
- Ficar atento às mudanças bruscas de temperatura corpórea;
- Comunicar ao paciente sobre os procedimentos que forem realizados, buscando com isso, reduzir a ansiedade do mesmo.
- Promover ambiente calmo e seguro durante sua recuperação;
- Evitar que o mesmo realize esforços físicos, que venham a comprometer sua recuperação;
- Manter o paciente em repouso;
- Acompanhar o paciente durante qualquer deambulação, se a mesma estiver prescrita;
- Auxiliar o mesmo durante os procedimentos de higiene corporal, se o mesmo necessitar.

## REFERÊNCIAS

MELO, M. C. B. de; VASCONCELLOS, M.C.de; TONELLI, H.F.A. Atendimento à Parada Cardiorrespiratória na Faixa Etária Pediátrica. **Rev Med Minas Gerais**. Minas Gerais, v.14, suplemento 3. 2004. p.96-105.

OLIVEIRA, R. G. DE. **Blackbook Pediatria**: medicamentos e rotinas médicas. 3. ed. Belo Horizonte: Black Book Editora, 2005.

## ANEXO E – CETOACIDOSE DIABÉTICA

Segundo Cunha et al (1999), o Diabetes Mellitus (DM) é a doença endócrino metabólica mais comum da criança e do adolescente, sendo que o tipo 1 é a forma mais comum.

O DM tipo 1 é caracterizada pela destruição progressiva das células  $\beta$  do pâncreas, ocasionando uma deficiência de insulina e alterações daí resultantes. O quadro de hiperglicemia associada a um aumento na produção de corpos cetônicos é conhecido como Cetoacidose Diabética (CAD). (COLLETT-SOLBERG, 2001)

Na ausência de insulina, a glicose não é disponível para o metabolismo celular fazendo com que o organismo providencie fontes alternativas de energia, principalmente gorduras. A partir daí, os lipídios são decompostos em ácidos graxos e glicerol nas células adiposas e no fígado, sendo convertidos em corpos cetônicos. Estes podem ser utilizados como fonte alternativa de glicose, porém a sua utilização nas células é limitada, qualquer excesso é eliminado na urina (cetonúria) ou nos pulmões (hálito de acetona). Os corpos cetônicos no sangue (cetonemia) são ácidos fortes que provocam redução do pH sérico, com conseqüente cetoacidose. Na tentativa de eliminar dióxido de carbono o sistema respiratório aumenta a freqüência e a profundidade da respiração - respiração de Kussmaul, a hiperventilação característica da CAD. (WONG, 1999)

Desta maneira, a CAD ocorre quando existe uma acidose metabólica com um pH arterial abaixo de 7,3 ou um bicarbonato plasmático abaixo de 15mEq/dl. A glicemia normalmente está acima de 240 mg/dl, mas pode estar normal. (COLLETT-SOLBERG, 2001)

Com a morte celular, o potássio é liberado da célula e passa para o espaço intersticial, até chegar à corrente sangüínea. A seguir é excretado pelos rins, onde sua perda é acelerada pela diurese osmótica. Em seguida ocorre diminuição do potássio corporal total, embora os níveis séricos possam estar elevados em conseqüência do volume de líquido diminuído no qual circula. A alteração do potássio sérico e tecidual pode levar à parada cardíaca. (WONG, 1999)

A mortalidade ocorre em 1 a 3% dos episódios em crianças. É um quadro progressivo e por isso, quanto mais prolongado e severo for o período de insulinopenia, maior a gravidade do mesmo. (COLLETT-SOLBERG, 2001)

Nos casos sem o diagnóstico prévio de DM, o espaço de tempo entre o início dos sintomas e a intervenção médica é o principal fator que determinará a gravidade do quadro no

momento do diagnóstico. Como o processo de destruição das células  $\beta$  é lento, normalmente as crianças/adolescentes apresentam um quadro de perda de peso, hiperfagia, polidipsia e poliúria por algumas semanas ou meses. Por isso, a capacidade da família em perceber essas alterações comportamentais e do pediatra em fazer rapidamente o diagnóstico correto são fundamentais. (COLLETT-SOLBERG, 2001)

O tratamento consiste além da insulinoterapia, correção da deficiência de líquidos e do desequilíbrio eletrolítico. Caso contrário, a desidratação e o desequilíbrio eletrolítico podem ocasionar coma e até a morte. (WONG, 1999)

Nas crianças/adolescentes que já possuem o diagnóstico de DM, o uso inadequado da insulina é a causa mais comum de CAD. Desta maneira, se torna fundamental ensinar à família ou à criança/adolescente (se possível) como proceder frente infecções e alterações na ingestão de carboidratos. (COLLETT-SOLBERG, 2001)

### **Principais cuidados de enfermagem**

- Preservação da permeabilidade de suas vias aéreas, sua respiração (que neste momento é acidótica)
- Monitorização dos sinais vitais
- Monitorização da glicose
- Realização de exames laboratoriais conforme prescrição médica (glicose plasmática, eletrólitos, cálcio e fósforo)
- Administração da insulina conforme prescrição médica
- Reposição hídrica conforme prescrição médica
- Coleta de gasometria arterial
- Monitorização da diurese
- Verificação do nível de consciência
- Observar e registrar a ocorrência de vômitos
- Apoio emocional para a criança/adolescente e acompanhante

### **REFERÊNCIAS**

COLLETT-SOLBERG, P.F. Ketoacidose diabética em crianças: revisão da fisiopatologia e tratamento com o uso do “método de duas soluções salinas”. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.77, Supl. 1, 2001.

CUNHA, Edna F. et al. Crescimento de Crianças Diabéticas em Controle Ambulatorial em Hospital Universitário. **Arq. Bras. Endocrinol Metab.** São Paulo, v.43, n.5, out. 1999. Disponível em: <[www.scielo.br](http://www.scielo.br)>. Acesso em: 15 jan. 2007.

WONG, D. L. **Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva.** 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

## ANEXO F – QUEIMADURAS

Segundo a Sociedade Brasileira de Queimaduras, no Brasil acontecem um milhão de casos de queimaduras a cada ano, 200 mil são atendidos em serviços de emergência, e 40 mil demandam hospitalização. As queimaduras estão entre as principais causas externas de morte registradas no Brasil, perdendo apenas para outras causas violentas, que incluem acidentes de transporte e homicídios.<sup>11</sup> Estudo conduzido no Distrito Federal demonstrou taxa de mortalidade de 6,2% entre os queimados internados em hospital de emergência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Queimadura é toda e qualquer lesão produzida pela ação curta ou prolongada de temperaturas extremas no tecido de revestimento presente no ser vivo denominado pele, podendo atingir mucosas, músculos, vasos sanguíneos, nervos e ossos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). As queimaduras podem ser superficiais ou profundas e estão classificadas de acordo com a gravidade, pelo grau da lesão e pela extensão da área atingida.

Queimaduras de menor gravidade são freqüentes e apresentam um risco pequeno à integridade do sistema corporal. Por sua vez, grandes queimaduras em profundidade constituem um dos mais complexos quadros de saúde do paciente pediátrico, apesar de serem menos freqüentes. Lesões por queimadura de maior gravidade são responsáveis por um grande número de crianças que têm que passar por uma internação prolongada, dolorosa e restritiva (WONG, 1999). A queimadura compromete a integridade funcional da pele, responsável pela homeostase hidroeletrólítica, controle da temperatura interna, flexibilidade e lubrificação da superfície corporal (VALE, 2006).

As queimaduras podem ser causadas por agentes térmicos (vapor, neve, fogo), químicos (bases fortes, ácidos), elétricos (choque) e ainda, mais raramente, por materiais radioativos.

As lesões térmicas são as mais comuns e a extensão da destruição tecidual é determinada considerando-se a intensidade da fonte de calor, a duração do contato ou exposição, a condutividade do tecido envolvido e a rapidez com que a energia térmica é dissipada pela pele (WONG, 1999). Uma breve exposição à chama forte de um fogo pode provocar queimaduras semelhantes a de horas de exposição ao sol, sem proteção solar.

As queimaduras químicas podem ser lesões graves, mas um atendimento emergencial eficiente pode diminuir drasticamente os riscos do paciente, uma vez que o agente químico continua a cauterizar o tecido se não for removido com rapidez.

Por fim, as queimaduras por agentes elétricos podem ser enganosas porque embora a lesão cutânea possa ser mínima, a maior parte dos danos pode estar sob a pele, nos tecidos musculares e ósseos, que não podem ser vistos, o que dificulta o diagnóstico (WONG, 1999). São caracterizadas como queimaduras graves, de espessura integral (pele, músculos e ossos) e com presença de escaras negras carbonizadas nas extremidades chamadas áreas de mumificação.

A classificação destas lesões dá-se da seguinte forma:

- **Quanto à profundidade**

- **Primeiro Grau** - Atinge apenas a epiderme, o local apresenta hiperemia ou vermelhidão, calor, edema discreto, ardência e ressecamento da pele. Geralmente, aparecem em pessoas que se expuseram demasiadamente ao sol (raios ultravioleta) e/ou ao calor extremo. Os danos teciduais são mínimos, as funções protetoras permanecem intactas e os efeitos sistêmicos são raros. Quando atinge mais da metade do corpo, tornar-se grave.

- **Segundo Grau** - Atinge a derme, podendo ser superficial e profunda. Têm como característica a presença de flictemas ou bolhas com conteúdo líquido ou colóide, apresenta edema que atinge regiões circunvizinhas, apresentando dor intensa devida sua relação íntima com vasos e terminações nervosas periféricas, podendo sangrar. As queimaduras dérmicas profundas, embora classificadas como de segundo grau, assemelham-se muito às queimaduras de quarto grau, diferindo apenas nas glândulas sudoríparas e os folículos capilares ficam intactos (WONG, 1999). Quando infectadas, estas lesões podem se tornar lesões de quarto grau.

- **Terceiro Grau** - Destroi todas as camadas da pele, atingindo tecidos adjacentes e profundos originando cicatrização hipertrófica por segunda e/ou terceira intenção geralmente relacionadas por chama direta do fogo. A pele apresenta-se endurecida, de coloração acinzentada ou nacarada, provoca dores muito fortes e podendo em alguns casos ser indolor e não apresenta sangramento.

- **Quarto Grau** – São as queimaduras que se estendem à fascia, músculos e ossos. Este tipo de lesão necessita enxertia. O paciente com queimadura de quarto grau é considerado grave e necessita de cuidados intensivos.

- **Quanto à extensão**

- **Pequeno Queimado:** Considera-se pequeno queimado o paciente com queimaduras de 1º e 2º graus com até 10% da área corporal atingida. Esta classificação exclui pacientes com

queimaduras de face, mãos, pés, períneo ou juntas que se cruzam; queimaduras elétricas; qualquer lesão complicada pela presença de lesões por inalação ou traumas concomitantes; crianças com fatores psicossociais tendo impacto sobre a doença (WONG, 1999). Necessita tratamento ambulatorial e em casos mais graves, de 1 a 2 dias de internação.

- **Médio Queimado:** Considera-se como médio queimado o paciente com:

- queimaduras de 1º e 2º graus, com área corporal atingida entre 10% e 20%;
- queimaduras de 3º grau com até 10% da área corporal atingida, ou
- queimadura de mão e/ou pé

- **Grande Queimado:** Considera-se como grande queimado o paciente com:

- queimaduras de 1º e 2º graus, com área corporal atingida maior do que 26%;
- queimaduras de 3º grau com mais de 10% da área corporal atingida;
- queimadura de períneo;
- queimaduras de 4º grau.

Será igualmente considerado grande queimado o paciente que for vítima de queimadura de qualquer extensão que tenha associada à esta queimadura uma ou mais das seguintes situações: lesão inalatória, politrauma, trauma craniano, trauma elétrico, choque insuficiência renal, insuficiência cardíaca, insuficiência hepática, distúrbios de hemostasia, embolia pulmonar, infarto agudo do miocárdio, quadros infecciosos graves decorrentes ou não da queimadura e síndrome compartimental.

Para definirmos a extensão de área queimada e podermos classificar o paciente quanto à extensão de suas lesões, utiliza-se a REGRA DOS NOVE, representada abaixo:

ÁREA	ADULTO	CRIANÇA
Cabeça e Pescoço	9%	18%
Membros Superiores	9%	9%
Tronco Anterior	18%	18%
Tronco Posterior	18%	18%
Genitais	1%	-
Membros Inferiores	18%	14%

Quadro 13 – Regra dos Nove

Fonte: Wong (1999)

As lesões térmicas produzem tanto efeitos locais como sistêmicos no paciente e estão diretamente envolvidos com a extensão da destruição tecidual. Nas queimaduras de camada parcial, há um edema considerável e danos capilares mais graves (WONG, 1999). As complicações decorrentes deste tipo de queimadura se dão tanto pela ferida como pelas manifestações sistêmicas, exigindo algumas vezes, internações em UTI. O risco imediato se deve ao comprometimento das vias aéreas e ao choque profundo. Uma lesão respiratória

menos evidente é a inalação de monóxido de carbono. Este tem maior afinidade com as hemácias que o oxigênio, privando os tecidos oxigênio-dependentes (coração e cérebro) do aporte de oxigênio necessário ao seu funcionamento (WONG, 1999). Deve-se também observar complicações sépticas locais e generalizadas.

### **Principais Cuidados de Enfermagem**

Segundo WONG (1999), a conduta terapêutica emergencial deve ser tomada da seguinte forma:

#### Cuidados de Emergência em Queimaduras Menores:

- Interromper o processo de queimadura;
- Aplicar água fria à queimadura ou segurar a área queimada sob água corrente fria;
- Não aplicar coisa alguma no local da queimadura;
- Não estourar bolhas que possivelmente se formarem;
- Cobrir a ferida com pano limpo caso haja risco de contaminação ou dano;
- Remover jóias e roupas queimadas;
- Aquecer o paciente.

#### Cuidados de Emergência em Queimaduras Extensas:

- Interromper o processo de queimadura;
- Colocar o paciente em posição horizontal;
- Enrolar o paciente em um cobertor ou objeto semelhante evitando cobrir a cabeça;
- Avaliar permeabilidade de vias aéreas e condições respiratórias;
- Se não estiver respirando, iniciar procedimento de reanimação respiratória (AMBU);
- Remover jóias e roupas queimadas;
- Iniciar terapia de reposição hídrica e analgésica, conforme orientação médica;
- Transportar rapidamente até uma unidade hospitalar (em caso de o atendimento estar sendo efetuado no local do acidente).
- Para transporte até a unidade de queimados, instalar sonda naso-gástrica e providenciar campo estéril para proteção das feridas.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Brasil e a mortalidade por causas externas no ano 2000.**

Disponível em: <<http://www.cip.saude.sp.gov.br/Brasil2000.htm>>. Acesso em: 01 fev. 2007.

VALE, E. C. S. Do. Primeiro atendimento em queimadura: a abordagem do dermatologista. **An. Bras. Dermatol.** Rio de Janeiro, v.80, n.1, jan./fev., 2005.

WONG, D. L. **Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva.** 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

## ANEXO G – TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO

O traumatismo cranioencefálico é um processo patológico que envolve o couro cabeludo, o cérebro ou as meninges em razão de força mecânica (WONG, 1999).

O conceito dos cuidados neurointensivos recentemente desenvolvido relaciona-se principalmente ao tratamento do TCE, focando a prevenção de lesões secundárias pela reanimação, pelo suporte respiratório, metabólico e hemodinâmico, monitorizando e controlando a pressão de perfusão cerebral, além da avaliação da oferta e consumo de nutrientes pelo cérebro.

### **a) Etiologia**

As três principais causas de lesão cerebral na 2ª infância em ordem de importância, são quedas, acidentes com veículos motorizados e acidentes de bicicleta. A lesão neurológica representa a maior mortalidade. Em acidentes com veículos, as crianças com menos de 2 anos de idade são quase exclusivamente lesadas. A maioria das mortes por TCE pode ser causada por outros tipos de acidentes como, por exemplo, de bicicleta, que ocorre entre as faixas etárias de 5 a 15 anos.

A natureza exposta da cabeça à tona particularmente vulnerável a violência externa e muita das características físicas das crianças as predispõem ao TCE. Por exemplo, os lactentes deixados sozinhos em camas ou em cadeiras altas. Como a cabeça de um bebê é proporcionalmente grande e pesada em relação a outras partes do corpo, é a mais propensa a sofrer com estas lesões externas. O desenvolvimento motor incompleto também contribui para quedas, e principalmente, a curiosidade das crianças faz com que o risco de sofrerem acidentes aumente consideravelmente.

### **b) Fisiopatologia**

A patologia do TCE está relacionada à força de impacto. O conteúdo intracraniano (cérebro, sangue, líquido cefalorraquidiano) é lesado porque a força contra o crânio é muito grande para ser absorvida. Os crânios elásticos e flexíveis de lactentes e bebês absorvem grande parte da energia do impacto da cabeça e proporcionam certa proteção as estruturas intracranianas. Como o tecido nervoso é bastante delicado, é necessário um golpe severo para que ocorra uma lesão importante. A resposta de uma criança ao TCE é diferente da resposta dos adultos. O tamanho maior da cabeça e a sustentação musculoesquelética insuficiente

tornam a criança pequena vulnerável a lesões. A área do couro cabeludo é grande, com muitos vasos localizados nesta área, então, uma criança pode sangrar até morrer pelo fato de uma lesão neste local.

O crânio funciona como um compartimento fechado, cuja pressão no interior é determinada por três constituintes principais: o líquido cefalorraquidiano, o volume sanguíneo e o volume cerebral. Quando o volume de um dos constituintes aumenta (edema ou hiperemia cerebral) ou um novo volume é adicionado (hematomas), o líquido ou o sangue venoso é removido do compartimento intracraniano em velocidades maiores que as fisiológicas. Como resultado, coleções de 50 a 100 ml podem se acomodar sem mudanças abruptas na pressão craniana. Quando os mecanismos compensatórios são exauridos, pequenos aumentos de volume no compartimento intracraniano causam elevações da pressão.

Como o cérebro é um órgão exclusivamente aeróbico, depende do fornecimento contínuo de oxigênio e sangue. Este fornecimento relaciona-se a pressão de perfusão cerebral (pressão arterial média – pressão intracraniana), metabolismo cerebral, oferta de oxigênio e concentração de gases sanguíneos (principalmente CO<sub>2</sub>). Através da auto-regulação cerebrovascular, o fluxo cerebral é mantido constante apesar das variações na pressão de perfusão.

Após o traumatismo craniano, estes mecanismos reguladores ficam comprometidos, tornando-se o fluxo sanguíneo cerebral passivamente dependente da pressão de perfusão.

As crianças com traumatismo cranioencefálico podem apresentar depressão da consciência e déficits neurológicos ou estar alerta sem déficits neurológicos. A primeira condição às vezes requer tratamento neurocirúrgico e a última exige observação neurológica. A maioria dos traumatismos graves resulta de acidentes com veículos motorizados, esportes, lesões relacionadas à recreação, como também a violência.

Dentre as complicações do Traumatismo cranioencefálico as fraturas do crânio são comuns, mas, muitas vezes, benignas, sem lesão cerebral associada. A ausência de fratura não significa que a lesão subjacente não seja grave, mas a sua presença aumenta as chances de hematomas intracranianos. Os tipos de fraturas que ocorrem são as seguintes:

- Fraturas lineares;
- Fraturas com afundamento;
- Fraturas compostas;
- Fraturas afundamento-compostas;
- Fraturas diastáticas;
- Fratura de crescimento ou cisto leptomeníngeo;

- Fratura da base do Crânio;
- Fraturas basilares.

### **c) Complicações**

As principais complicações do traumatismo craniano são hemorragias, infecção, edema e herniação. A infecção é um risco em traumatismos abertos, e o edema está relacionado ao traumatismo tecidual. Pode haver ruptura vascular mesmo em traumatismos cranianos leves, causando hemorragia entre o crânio e as superfícies cerebrais. A compressão do cérebro subjacente produz efeitos que podem ser rapidamente fatais ou insidiosamente progressivos. (WONG, 1999)

### **d) Avaliação Diagnóstica**

Uma historia detalhada é essencial na avaliação da criança com traumatismo cranioencefálico. Os eventos relativos ao acidente geralmente fornecem dados significativos que auxiliam na determinação dos riscos do trauma e na conduta terapêutica a ser adotada. Por isso, o mecanismo do trauma e os sinais e sintomas associados apresentados pela criança devem ser estabelecidos logo após a ressuscitação inicial.

São dados importantes:

- Mecanismo do impacto: contusão direta ou aceleração/desaceleração;
- Circunstância do acidente: acidente de trânsito, acidente e mergulho, altura da queda, pancada, entre outros, lembrando que lactentes com lesões incompatíveis com a historia do trauma pode ser indicativo de maus-tratos;
- Cronologia; perda de consciência imediatamente ou logo após o acidente, período de lucidez;
- Achados associados: amnésia, desorientação, anormalidade sensomotoras, distúrbios visuais, tontura, vômitos ou náuseas, crises convulsivas, sangramento, cefaléia, sonolência;
- Historia medica e alergias: hemofilia, diabetes, epilepsia ou alergias a drogas podem produzir sintomas semelhantes ao TCE.

### e) Exame Físico

Além da avaliação específica da cabeça, toda criança que sofreu um TCE, principalmente se estiver inconsciente, deverá ser examinada cuidadosamente como um todo a fim de se evitar lesões adicionais e de não passarem despercebidas lesões em membros, tronco e coluna vertebral, que poderão estar associadas ao acidente.

A avaliação primária deverá atentar para a permeabilidade das vias aéreas, respiração e circulação, possibilidade de choque, sangramento e breve avaliação neurológica (resposta e simetria pupilar, nível de consciência, resposta verbal e motora). As situações de risco iminente de vida podem ser identificadas e tratadas simultaneamente com a avaliação inicial.

Este exame físico inicial servirá de base para avaliações subseqüentes e sua frente repetição é essencial para detectar sinais de deterioração ou de melhora.

Estabilizados sinais vitais, inicia-se a avaliação secundária, que atenta para os hematomas, escoriações do sangramento cefálico e palpação à procura de fraturas, afundamentos ósseos ou áreas de lesão da dura-máter.

Para uma cuidadosa avaliação, também são importantes os seguintes sinais:

- evidencias de fraturas da base do crânio: equimose palpebral bilateral (sinal dos olhos de guaxinim) ou na área posterior da orelha (sinal de Battle), rinorréia ou otorréia positiva para glicose, sugerindo extravasamento de LCR, hemotímpano ou hemorragia do ouvido médio;

- evidencias de lesão em tronco cerebral: respirações profundas, rápidas, periódicas, e intermitentes e entrecortadas, amplas flutuações ou lentificação significativa do pulso, alargamento da pressão de pulso ou extremas flutuações de pressão arterial, pupilas fixas, dilatadas ou contraídas, pouco reativas ou não reativas à luz e acomodação;

- evidencia de hematoma: midríase unilateral, rigidez da nuca quando LCR não for hemorrágico, macrocefalia.

Detectar as manifestações clínicas de aumento da pressão intracraniana são imprescindíveis na avaliação da progressão do trauma. Wong (1999) aborda esta informação da seguinte maneira:

Tabela 2: Manifestações clínicas de aumento da pressão intracraniana

<b>Lactentes</b>	Fontanela tensa, abaulada, ausência de pulsação normais, suturas cranianas separadas, sinal de Macewen (vaso rachado), irritabilidade, choro agudo, aumento do perímetro occipitofrontal, veias do couro cabeludo distendidas, alterações na alimentação, choram quando no colo ou são balançado , sinal do “sol poente”.
<b>Crianças</b>	Cefaléia, náuseas, vômito, diplopia, visão turva, convulsões.
<b>Sinais de personalidade e comportamento</b>	Irritabilidade (crianças pequenas), agitação, indiferença, sonolência, diminuição do desempenho escolar, diminuição da atividade física e do desempenho motor, fadiga, cansaço, perda de memória (em casos mais graves), incapacidade de obedecer a comandos simples, progressão para letargia e sonolência.
<b>Sinais tardios</b>	Diminuição: do nível de consciência, da resposta motora a comandos e da resposta sensorial estímulos dolorosos, alterações do tamanho e da reatividade pupilar, postura de descerebração ou decorticação, respirações Cheine-Stockes, papiledema.

Deve-se ainda inspecionar e palpar a coluna em toda sua extensão sem que o segmento cefálico seja mobilizado até ser descartada lesão e estabelecer extensão dos agravos, tanto internos quanto externos.

#### **f) Exame Neurológico**

A avaliação neurológica completa deve ser realizada logo após os procedimentos iniciais de reanimação, preferencialmente antes da aplicação de analgésicos e/ou sedativos.

A escala de coma de Glasgow é utilizada para avaliar mais detalhadamente o nível de consciência da criança e definir a gravidade do trauma. Esta escala leva em consideração a abertura dos olhos, resposta verbal e motora sempre de acordo com a fase de desenvolvimento do paciente.

A pontuação da Escala de coma de Glasgow classifica o TCE como:

- leve: 13 a 15 pontos;
- moderado: 9 a 12 pontos;
- severo: 3 a 8 pontos.

Este escore tem relação direta com o prognóstico, onde mudanças súbitas como a queda de dois pontos ou mais em relação à medida inicial, são indicativos de piora.

Outros dados relevantes na avaliação neurológica são a constante avaliação do tamanho pupilar e reação à luz, visão, movimentação do globo ocular, simetria facial, reflexos profundos e cutâneo-palmares.

### **g) Tratamento**

A abordagem inicial atenta para as vias aéreas, ventilação e circulação. A manutenção do aporte de nutrientes ao cérebro, através da oxigenação/ventilação, e suporte cardiovascular, são essenciais para a prevenção da lesão secundária.

Deve-se desobstruir a via aérea através da elevação da mandíbula, mantendo a cabeça em posição neutra, removendo corpos estranhos e aspirando sangue e secreções eventualmente presentes, e aplicando-se em seguida o colar cervical semi-rígido.

Marcondes (2003) lembra que o paciente com trauma craniano é particularmente suscetível a vômitos e aspirações, dada a inabilidade de proteger a via aérea por meio de reflexos usuais.

A intubação endotraqueal está indicada principalmente quando há parada cardiorrespiratória, insuficiência respiratória (hipoxemia, hipercapnia, acidose respiratória) ou quando a depressão do nível de consciência for suficiente para perder a capacidade de proteção das vias aéreas (Glasgow menor ou igual a 8). Nestes casos, quando a lesão cervical for descartada, utiliza-se a intubação orotraqueal, do contrário, realiza-se cricotireoidotomia. O oxigênio suplementar e a ventilação assistida são administrados conforme a necessidade.

A alteração do estado circulatório geralmente está associada ao politraumatismo, sendo que o traumatismo cranioencefálico isolado dificilmente leva ao choque, apesar das lesões de escalpo serem responsáveis por perdas sanguíneas significativas. Para reposição hídrica, administra-se solução cristalóide (soro fisiológico ou ringer lactato) através de acesso vascular ou via intra-óssea.

Finalizando o atendimento imediato com a estabilização do paciente, a atenção é voltada para a monitorização contínua do nível de consciência, do padrão respiratório e do controle hemodinâmico.

A indigestão hídrica é restrita a fim de se prevenir o aumento da pressão intracraniana. Neste mesmo objetivo, deve-se controlar balanço hídrico rigorosamente e manter cabeceira elevada em aproximadamente 30 graus.

Segundo Lohr (2002), o manejo da criança com trauma craniano visa controlar os componentes intracranianos (cérebro, líquido e sangue) mantendo estável o fluxo sanguíneo cerebral e garantindo uma boa oxigenação para proporcionar uma recuperação do tecido cerebral.

Como abordagem terapêutica, podem ser prescritos sedativos leves para a agitação, analgésicos para a cefaléia, antiepiléticos para o controle de convulsão e eventualmente nos casos de suspeita de contusão ou laceração. Os antibióticos podem ser administrados se houver lacerações, extravasamento de LCR ou lesão excessiva do tecido cerebral. Os diuréticos podem ser empregados nos casos de hipertensão intracraniana visto que reduzem o volume intravascular e melhoram a perfusão cerebral. Administra-se ainda toxóide tetânico profilático quando necessário.

#### **h) Tratamento cirúrgico**

“As lacerações do couro cabeludo são suturadas após o osso subjacente ser cuidadosamente examinado. As faturas com afundamento exigem redução cirúrgica e remoção do fragmento ósseo. A dura-máter lacerada é suturada”. (WONG, 1999, p.894)

Também se recorre à cirurgia no tratamento da descompressão, no sentido de reduzir a pressão intracraniana, ou nos casos de hematomas epidurais, subdurais e intraparenquimatosos.

#### **Principais Cuidados de enfermagem**

Bub (2003) relaciona as seguintes prioridades da assistência de enfermagem ao paciente vítima de traumatismo cranioencefálico e suas respectivas ações:

##### *Favorecer a oxigenação:*

- controle do padrão respiratório e ausência pulmonar;
- manter cabeceira elevada em aproximadamente 30 graus;
- controle da gasometria arterial;
- aspiração de secreções traqueais quando necessário.

##### *Avaliar nível de consciência e resposta neurológica:*

- registrar e interpretar escala de coma de Glasgow a cada hora;
- avaliar condições pupilares.

*Manter pressão intracraniana dentro dos limites aceitáveis:*

- controlar PIC entre 4 a 15mm/Hg quando monitorização invasiva instalada;
- manter decúbito dorsal quando PIC mais que 20mmHg;1
- manter cabeceira elevada em aproximadamente 30 graus;
- observar e comunicar sinais de aumento da PIC: bradicardia, alterações pupilares, vômito em jato, diminuição do nível de consciência;
- realizar balanço hidroeletrólítico rigoroso;
- favorecer eliminação intestinal, evitando esforço para evacuar;
- evitar manobra Valsalva.

*Outras ações:*

- observação atenta da posição e postura da criança, assim como a força dos membros, movimentação, resposta à estímulos e alterações de comportamento;
- proporcionar ambiente tranquilo e silencioso, ajudando a diminuir a agitação e a irritabilidade;
- administrar sedação e analgesia, diferenciando efeitos da medicação e alterações do nível de consciência;
- adotar medidas de segurança e proteção, como grades elevadas, contenção, superfícies rígidas acolchoadas, impedindo a ocorrência de lesões adicionais;
- atentar para dieta zero ou restrita a líquidos, conforme prescrição;
- manter cuidados gerais de prevenção contra infecções.
- informar criança e família quanto aos cuidados e procedimentos a serem realizados.

Vale lembrar que as informações adquiridas através dos pais ou responsáveis são de grande importância no estabelecimento de um parâmetro na avaliação do comportamento da criança, evitando-se assim um diagnóstico inadequado.

## REFERÊNCIAS

LOHR, Alfredo Junior. Conduta frente à criança com trauma craniano. **Jornal de Pediatria** – v. 78, Supl. 1, 2002.

MARCONDES, Eduardo; VAZ, Flávio Adolfo Costa; RAMOS, José Lauro Araújo; OKAY, Yassuhito. **Pediatria Básica: pediatria clínica geral**. 9. ed. São Paulo: Sarvier, 2003. v.2.

WONG, D. L. **Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva**. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.



## ANEXO H - ASPECTOS DESENVOLVIMENTAIS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

O desenvolvimento, segundo Manciaux (1984) citado por Stefane (1999), é a característica primordial da criança que cresce, se modifica e se afirma como indivíduo. “O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento é uma das ações básicas da Assistência Integral à Saúde da Criança preconizada pelo Ministério da Saúde” (ALVES, 2003).

Wong (1999) diz que o crescimento e desenvolvimento das crianças/adolescentes são orientados por faixas etárias, o que não quer dizer que encontraremos, obrigatoriamente, todas as características descritas em cada faixa etária. As diferenças individuais são fatores de desenvolvimento próprio, único e pessoal e que nos fazem ser diferentes um dos outros.

Entretanto, esta categorização de padrões de crescimento e desenvolvimento por faixa etária dá suporte aos profissionais para descrever os eventos desenvolvimentais que ocorrem na maioria das crianças. Estes padrões são universais e básicos para todos os seres humanos, porém cada um os desenvolve de maneira e em momentos únicos, nem sempre previsíveis (WONG, 1999). Alguns estudos apontam as diferenças no desenvolvimento ligadas ao sexo comumente as meninas se desenvolvem mais precocemente em relação aos meninos.

Seguem abaixo as principais características do crescimento e desenvolvimento das crianças entre 0 (zero) e 13 anos, subdivididas em faixas etárias (WONG, 1999; STEFANE, 1989):

- **Lactentes (0 a 2 anos):** neste período ocorre rápido desenvolvimento das funções motora, cognitiva e social, esta última fortemente influenciada pelo modo com que o cuidador interage com a criança. Quanto ao desenvolvimento cognitivo, a inteligência da criança é primeiramente prática, com elaboração de esquemas mentais através da memorização de brinquedos. Assim, seu pensamento se estrutura a partir de experiências que ela interioriza, pela repetição freqüente e por suas semelhanças. Desenvolvem-se também os instintos de confiança e os princípios fundamentais para o estabelecimento das relações inter-pessoais futuras. Quanto ao desenvolvimento motor, a criança é capaz de sustentar cabeça e tronco, sentar-se de maneira estável, passar da posição deitada para a sentada, engatinhar e, por fim, caminhar sozinho entre os 10 e 18 meses. O controle neuro-motor se faz no sentido céfalo-caudal e do tronco para os dedos, sendo a motricidade fina (pegada em pinça) a última etapa a ser desenvolvida. Por volta dos três meses de idade a criança vê suas mãos e brinca com elas.

- **Primeira Infância ou Fase Pré-Escolar (2 a 6 anos):** é o momento de intenso desenvolvimento físico e de personalidade. Nesta fase, as crianças adquirem linguagem, relacionamentos sociais mais amplos e desenvolvem um auto-conceito. No período em que ingressam na escola, onde as interações sociais aumentam consideravelmente e o choque cultural é, pela primeira vez, um enfrentamento, os requintes da personalidade começam a aflorar. Atitudes como a comparação e a procura incessante em ser o melhor, dar o mais alto pulo e correr o mais rápido possível são condutas de auto-afirmação. A personalidade da criança procura dominar a si própria e aos objetos ao seu redor. É nesta etapa também que a fase dos “porquês” se desenvolve, pois a curiosidade em saber de si e dos outros é insaciável.

- **Fase Intermediária da Infância ou Período Escolar (6 a 12 anos):** é o momento em que a criança está dirigida para fora do grupo familiar e se concentra em um mundo mais amplo dos relacionamentos com os colegas. Engloba o ingresso da criança na escola e o aumento do seu círculo social. Ela também se depara com a presença de uma outra autoridade que não a dos pais, o que quase sempre é fator conflitante. A ênfase é no desenvolvimento de habilidades e interesses especiais. A imaginação está a pleno vapor e é comum a mistura dos sonhos com a realidade vivida. A necessidade de expressão se desenvolve na forma de imitações e se manifesta ou por um desenho ou por incorporação de personagens fictícios como o lobo-mau, o super-homem ou até mesmo de personagens reais, como o pai ou a mãe. O desenvolvimento motor já é pleno e a criança cresce em tamanho.

- **Período Tardio ou Adolescência (12 a 19 anos):** este é chamado de período de transição da vida infantil para vida adulta. É a fase de alterações fisiológicas importantes, principalmente quanto à maturação sexual. O surgimento de acne, pêlos, a mudança do tom de voz dos meninos, a menstruação e o crescimento das mamas nas meninas são motivos de grande desordem emocional. Há redefinição de auto-conceito e internalização dos valores adquiridos até ali. Os adolescentes adquirem uma identidade individual e não mais de grupo. É o período em que o jovem fica mais emocionalmente suscetível e acaba se envolvendo com as drogas, como forma de manifestação da sua rebeldia sem causa.

Alguns fatores são determinantes no processo de crescimento e desenvolvimento da criança/adolescente: o meio ambiente, a alimentação, a higiene, as condições sócio-econômicas e culturais e as condições afetivas – que caracterizam os *fatores extrínsecos* ao desenvolvimento - e os fatores genéticos e endócrinos, considerados *fatores intrínsecos* ao desenvolvimento.

Alguns parâmetros de crescimento e desenvolvimento são de suma importância para a avaliação de déficits desenvolvimentais. São estes: ganho ponderal e estatural.

- **Peso:** é um excelente indicador das condições nutricionais da criança/adolescente. Durante a infância, o ganho de ponderal é rápido e importante. Uma medida de peso isolada não diz muito, porém sua mensuração rotineira nos permite construir uma curva de peso, essencial para a avaliação do cliente. Uma perda importante de peso pode nos levar a diagnósticos como desnutrição ou mesmo algum outro distúrbio do sistema gastrointestinal.

### Parâmetros ponderais

Tabela 3 - Ganho ponderal mensal nos dois primeiros anos de vida

até 3 meses	750 a 900 g por mês
de 3 a 6 meses	600 g por mês
de 5 a 12 meses	300 a 400 g por mês
de 12 a 24 meses	200 a 300 g por mês

Fonte: STEFANE (1989).

Tabela 4 - Evolução do peso de 0 a 2 anos

Peso do nascimento (PN)	3.300 (+/- 500 g)
Peso +/- 5 meses	PN x 2
Peso +/- 1 ano	PN x 3
Peso +/- 2 anos	PN x 4

Fonte: STEFANE (1989)

Tabela 5 - Ganho ponderal anual de 2 a 7 anos

de 2 a 3 anos	1.800g	a	2.000 g	por ano
de 3 a 4 anos	1.800g	+/-		por ano
de 4 a 5 anos	1.650g	+/-		por ano
de 5 a 7 anos	1.500g	+/-		por ano

Fonte: STEFANE (1989)

- **Estatura:** a estatura é a medida mais fiel do crescimento da criança/adolescente. Ao contrário do peso, que pode variar rapidamente, a estatura é uma medida estável e regular, influenciada principalmente pela genética e que pouco sofre alterações de fatores extrínsecos.

Tabela 6 – Ganho estatural de 0 a 4 anos

<i><b>Ganho estatural de 0 a 4 anos</b></i>		<i><b>Estimativa de estatura</b></i>
De 0 a 3 meses	3 cm por mês	Ao nascimento +/- 50cm
De 3 a 6 meses	2 cm por mês	A 1 ano +/- 75cm
De 6 meses a 1 ano	1-1,5 cm por mês	Aos 2 anos +/- 82cm
Entre 1 e 2 anos	1 cm por mês	Aos 3 anos +/- 91cm
Entre 2 e 4 anos	0,75 cm por mês	

Fonte: STEFANE (1989)

## ANEXO I – TABELA DE SINAIS VITAIS

Tabela 7 – Frequência Cardíaca por Faixa Etária

<b>FREQUÊNCIA CARDÍACA NORMAL DE LACTENTES E CRIANÇAS MAIORES</b>			
Idade	Frequência (bat/min)		
	Em repouso (acordado)	Em repouso (dormindo)	Exercício (febre)
Recém-nascido	100 – 180	80 – 160	> 220
1 semana a 3 meses	100 - -220	80 – 200	> 220
3 meses a 2 anos	80 – 150	70 – 120	> 200
2 anos a 10 anos	70 – 110	60 – 90	> 200
10 anos a adulto	55 – 90	50 – 90	> 200

FONTE: Enfermagem Pediátrica. Whaley & Wong, 1999.

Tabela 8 – Frequência Respiratória por Faixa Etária

<b>FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA NORMAL EM CRIANÇAS</b>	
Idade	Frequência (incursões/min)
Recém-nascido	35
1 a 11 meses	30
2 anos	25
4 anos	23
6 anos	21
8 anos	20
10 anos	19
12 anos	19
14 anos	18
16 anos	17
18 anos	16 – 18

FONTE: Enfermagem Pediátrica. Whaley & Wong, 1999.

Tabela 9 – Temperatura por Faixa Etária

<b>TEMPERATURAS NORMAIS EM CRIANÇAS</b>	
<b>Idade</b>	<b>Temperatura °C</b>
3 meses	37,5
6 meses	37,5
1 ano	37,7
3 anos	37,2
5 anos	37,0
7 anos	36,8
9 anos	36,7
11 anos	36,7
13 anos a adulto	36,6

FONTE: Enfermagem Pediátrica. Whaley & Wong, 1999.

Tabela 10 – Pressão Arterial por Faixa Etária no Sexo Masculino

<b>LEITURAS DE PRESSÃO ARTERIAL NORMAL EM CRIANÇAS DO SEXO MASCULINO</b>		
<b>Idade</b>	<b>Pressão Sistólica</b>	<b>Pressão Diastólica</b>
1 dia	73	55
1 mês	86	52
2 – 5 meses	91	50
6 a 12 meses	90	55
2 anos	91	56
3 anos	92	55
4 anos	93	56
5 anos	95	56
6 anos	96	57
7 anos	97	58
8 anos	99	60
9 anos	101	61
10 anos	102	62
11 anos	105	63
12 anos	107	64
13 anos	109	63
14 anos	112	64
15 anos	114	65
16 anos	117	67
17 anos	119	69
18 anos	121	70

FONTE: Enfermagem Pediátrica. Whaley & Wong, 1999.

Tabela 11 – Pressão Arterial por Faixa Etária no Sexo Feminino

<b>LEITURAS DE PRESSÃO ARTERIAL NORMAL EM CRIANÇAS DO SEXO FEMININO</b>		
<b>Idade</b>	<b>Pressão Sistólica</b>	<b>Pressão Diastólica</b>
1 dia	65	55
1 mês	84	52
2 meses	87	51
3 meses	89	51
4 meses	90	52
5 a 12 meses	91	54
2 anos	90	56
3 anos	91	56
4 anos	92	56
5 anos	94	56
6 anos	96	57
7 anos	97	58
8 anos	99	59
9 anos	100	61
10 anos	102	62
11 anos	105	64
12 anos	107	66
13 anos	109	64
14 anos	110	67
15 anos	111	67
16 anos	112	67
17 anos	112	66
18 anos	112	66

FONTE: Enfermagem Pediátrica. Whaley & Wong, 1999.

**ANEXO J – ESCALA DE COMA DE GLASGOW**

**ESCALA DE COMA**  
**DE GLASGOW**

**OLHOS**

- **ABERTURA ESPONTÂNEA ..... 4**
- **SOB COMANDO VERBAL ..... 3**
- **A DOR ..... 2**
- **NENHUMA RESPOSTA ..... 1**

**MOTOR**

- **ESPONTÂNEA/SOB COMANDO VERBAL ..... 6**
- **À DOR/ LOCALIZA A DOR ..... 5**
- **FLEXÃO À DOR ..... 4**
- **FLEXÃO ANORMAL ..... 3**
- **EXTENSÃO ..... 2**
- **NENHUMA RESPOSTA ..... 1**

**VERBAL**

- **ORIENTADO/COMUNICATIVO ..... 5**
- **DESORIENTADO ..... 4**
- **PALAVRAS IMPRÓPRIAS ..... 3**
- **SONS INCOMPREENSÍVEIS ..... 2**
- **NENHUMA RESPOSTA ..... 1**