



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria
Relatório de Estágio**

**Promoção da Integridade Cutânea do Recém-nascido
Hospitalizado: Intervenções do Enfermeiro
Especialista**

Ana Luísa Henriques Roxo

**Lisboa
2023**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria
Relatório de Estágio**

**Promoção da Integridade Cutânea do Recém-nascido
Hospitalizado: Intervenções do Enfermeiro
Especialista**

Ana Luísa Henriques Roxo



Orientador: Sónia Isabel Pinela Colaço Marques



**Lisboa
2023**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

AGRADECIMENTOS

À minha irmã e amigos, pelo encorajamento e auxílio.

À Professora Sónia Colaço pelo apoio dado durante o percurso de aprendizagem.

Às minhas parceiras de viagem pelas conversas que tivemos ao longo do trajeto efetuado até à escola.

A todos os colegas que me acompanharam nesta etapa, pelo suporte ao longo da mesma.

A todos os enfermeiros que me supervisionaram nos diferentes contextos de estágio, pela disponibilidade, hospitalidade e aprendizagem proporcionada.

A todas as crianças e pais com quem me cruzei neste percurso formativo e, me cruzo no profissional, que deixam um pouco deles e levam um pouco de mim.

À minha perseverança, por não ter desistido e lutado mesmo nos momentos mais difíceis.

A todos o meu sincero OBRIGADA!

RESUMO

O relatório pretende, descrever o percurso formativo e reflexivo efetuado, visando dar resposta às necessidades de desenvolvimento pessoal e profissional, no âmbito da aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.

O cuidado à pele do recém-nascido tornou-se uma preocupação, uma vez que esta deve ser mantida íntegra, visando preservar a sua função protetora. No contexto da Neonatologia, a imaturidade fisiológica dos recém-nascidos, a instabilidade fisiológica e as características dos cuidados, que requerem a monitorização e a realização de tratamentos invasivos colocam em risco, durante o primeiro mês de vida, a integridade da pele em cerca de 80% dos recém-nascidos. A identificação da temática: **Promoção da Integridade Cutânea do Recém-nascido Hospitalizado: intervenções do enfermeiro especialista**, surgiu a partir da análise das práticas do meu contexto de trabalho e da preocupação relativa à qualidade dos cuidados prestados. Os referenciais de enfermagem são a filosofia dos cuidados centrados na família, os princípios dos cuidados não traumáticos, sustentados pela teoria de sistemas de Neuman.

A redação do relatório assentou numa metodologia descritiva, de análise crítica e reflexiva sobre as atividades desenvolvidas em contexto de estágio, fundamentadas nos referenciais teóricos, na evidência científica e no enquadramento profissional para o exercício da profissão de enfermagem.

A reflexão sobre a prática dos cuidados prestados à criança e família, as aprendizagens e experiências realizadas durante o período de estágio, contribuíram para o desenvolvimento das competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica e de Mestre, e melhoria dos cuidados prestados.

Palavras-chave: Integridade cutânea, recém-nascido, hospitalização

ABSTRACT

The report aims to describe the training and reflective path taken, aiming to respond to the needs of personal and professional development, within the scope of the acquisition of skills of Specialist Nurse in Child and Paediatric Health.

The care of the newborn's skin has become a concern, since it must be kept intact to preserve its protective function. In the context of Neonatology, the physiological immaturity of newborns, physiological instability, and the characteristics of care, which require monitoring and invasive treatments, put at risk, during the first month of life, the integrity of the skin in about 80% of newborns. The identification of the theme: **Promotion of the Cutaneous Integrity of the Hospitalized Newborn: interventions of the specialist nurse**, it arose from the analysis of the practices of my work context and the concern regarding the quality of care provided. The nursing frameworks are the philosophy of family-centered care, the principles of non-traumatic care, supported by Neuman's systems theory.

The writing of the report was based on a descriptive methodology, of critical and reflective analysis of the activities developed in the context of the internship, based on theoretical frameworks, scientific evidence, and the professional framework for the exercise of the nursing profession.

The reflection on the practice of care provided to the child and family, the learning and experiences carried out during the internship period, contributed to the development of the skills of Specialist Nurse in Child and Paediatric Health and Master, and improvement of the care provided.

Keywords: Skin integrity, newborn, hospitalization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	7
1. REVISÃO DA LITERATURA	10
1.1. A promoção da integridade cutânea do recém-nascido hospitalizado	10
1.1.1. As características da pele e os fatores risco para a integridade cutânea do recém-nascido	12
1.1.2. Intervenções na promoção da integridade cutânea durante a Hospitalização do Recém-nascido.....	14
1.2. Referenciais no cuidado de enfermagem à criança e família.....	26
1.2.1. A Teoria de Betty Neuman na prestação de cuidados de enfermagem à criança e família	30
1.2.2. Modelo Integrativo de Desenvolvimento Neonatal	32
2. METODOLOGIA.....	35
3. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO	39
4. CONTRIBUTOS DAS ATIVIDADES PARA O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E DE MESTRE	55
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	58
Referências Bibliográficas	60

ANEXOS

ANEXO 1: Escala de Observação do Risco de Lesão da Pele em Neonatos (NSRAS)

APÊNDICES

APÊNDICE I: Cronograma

APÊNDICE II: Guia orientador de estágio

APÊNDICE IV: Estudo de caso

APÊNDICE V: Tabela de preparação e administração de antimicrobianos por via parentérica

APÊNDICE VI: Reflexão sobre dor e síndrome de abstinência iatrogênica secundária em neonatologia

APÊNDICE VII: Consulta de vigilância de saúde infantil

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio surge no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório, do 3.º semestre do 2.º ano do 13.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. A sua finalidade é relatar o percurso de aprendizagem em contexto de estágio e examinar as competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica e de Mestre desenvolvidas.

O estágio foi orientado pelo projeto de estágio desenvolvido no 2.º semestre do 1.º ano do curso. Trabalho este que teve na sua base a metodologia de aprendizagem por projeto, a identificação das necessidades formativas e o aprofundamento de uma problemática de Enfermagem.

A redação do relatório assentou numa metodologia descritiva, de análise crítica e reflexiva sobre as atividades desenvolvidas em contexto de estágio, fundamentadas nos referenciais teóricos, na evidência científica e no enquadramento profissional para o exercício da profissão de enfermagem. O relatório pretende, descrever o percurso formativo e reflexivo efetuado em contexto de estágio, visando dar resposta às necessidades de desenvolvimento pessoal e profissional e, ao desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica. No processo de raciocínio efetuado a partir das nossas próprias experiências foi possível desenvolver novas formas de pensar e de agir, bem como de mudar práticas e reforçar a autoestima e autoconfiança, num processo evolutivo contínuo (Netto et al., 2018).

O cuidado à pele do recém-nascido tornou-se uma preocupação, uma vez que a existência de lesões na pele dos recém-nascidos hospitalizados é um indicador da qualidade dos cuidados (Schaefer et al., 2016). No contexto da Neonatologia, a imaturidade fisiológica dos recém-nascidos, a instabilidade fisiológica e as características dos cuidados, que requerem a monitorização e a realização de

tratamentos invasivos colocam em risco, durante o primeiro mês de vida, a integridade da pele em cerca de 80% dos recém-nascidos(D. L. August et al., 2018; Feitosa et al., 2018). Estudos recentes referem que os fatores de risco para lesões cutâneas neonatais, com localização nos tecidos moles, são a idade gestacional, peso à nascença e o uso de dispositivos médicos utilizados na prestação de cuidados (August et al., 2018, Schlüer, 2017). As práticas de cuidados com a pele relacionadas com o banho, o uso de emolientes, a humidade e o uso de adesivos devem considerar os estádios de desenvolvimento dos bebés e ser incorporadas nas práticas e políticas da unidade, estabelecendo intervenções que promovam o desenvolvimento e o crescimento saudável do recém-nascido e facilitando as suas capacidades de autorregulação (L. Altimier & Phillips, 2016, 2013; C. Kenner et al., 2020).

A identificação da temática: **Promoção da Integridade Cutânea do Recém-nascido Hospitalizado: intervenções do enfermeiro especialista**, surgiu a partir da análise das práticas do meu contexto de trabalho e da preocupação relativa à qualidade dos cuidados prestados.

A prestação de cuidados ao longo do percurso de estágio foi orientada pelos principais referenciais da enfermagem pediátrica, tais como os princípios para os Cuidados Não Traumáticos, os Cuidados Centrados na Família e o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, bem como o modelo integrador de cuidados para o desenvolvimento de Altimer e Philipps (2013)

O estágio decorreu num período de 18 semanas distribuídas, por 5 contextos: Internamento de Pediatria, Urgência de Pediatria, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Consulta de Desenvolvimento e Cuidados de Saúde Primários.

Estruturalmente o relatório divide-se em 5 capítulos, com início na revisão da literatura sobre a promoção da integridade cutânea do recém-nascido hospitalizado, os referenciais no cuidado de enfermagem à criança e família, seguindo-se a metodologia utilizada no desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista. Nos capítulos seguintes são

descritas e analisadas as principais atividades de estágio. Seguindo-se uma reflexão sobre os contributos das atividades realizadas para o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem e mestre. Terminamos com o capítulo onde tecemos as considerações finais e sintetizamos os principais resultados alcançados, as limitações, os principais constrangimentos bem como os nossos projetos futuros.

Todo o documento foi elaborado segundo o Manual para a elaboração de trabalhos académicos e referência da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2023), e as normas da American Psychological Association (APA) 7ª Edição (2020).

1. REVISÃO DA LITERATURA

1.1. A promoção da integridade cutânea do recém-nascido hospitalizado

Este capítulo pretende estabelecer o estado da arte e clarificar a problemática em estudo identificada no projeto de estágio e desenvolvida ao longo do percurso de estágio.

O sistema tegumentar é composto pela pele e pelos apêndices cutâneos, tais como glândulas, cabelos unhas e dentes. A pele é o maior órgão do corpo humano, cobrindo toda a superfície externa do corpo, correspondendo a cerca de 13% do peso corporal. É a principal proteção do corpo humano contra impactos mecânicos e de pressão, variações de temperatura, microrganismos, radiação e produtos químicos. A manutenção da estrutura da pele é vital para a saúde e bem-estar das pessoas, sendo que a manutenção da integridade cutânea é um foco de atenção relevante para a enfermagem com implicações ao nível do risco de dor e de infeção (Pinto et al., 2013, Tamez, 2017a).

O International Council of Nurses (2019), define a pele como “superfície natural mais externa do corpo, robusta e flexível, com funções relacionadas com a elasticidade, textura e espessura, para manter a camada queratinizada intacta, hidratada, macia e com temperatura adequada”.

Segundo o dicionário da língua portuguesa da Academia das Ciências de Lisboa, o termo integridade deriva do latim *integritas*. Pode ser definida como a qualidade do que se permanece intacto, inteiro e íntegro com todas as suas partes. A manutenção da integridade da pele implica manter o *status* de “estar completo, inteiro, não diminuído ou intacto” (International Council of Nurses, 2019)

No contexto da Neonatologia, a imaturidade fisiológica dos recém-nascidos, a instabilidade fisiológica e as características dos cuidados, que requerem a

monitorização e procedimentos invasivos podem colocar em risco, a integridade da pele em cerca de 80% dos recém-nascidos (D. L. August et al., 2018; Feitosa et al., 2018).

Estudos recentes indicam que os fatores de risco para lesões cutâneas neonatais, que se localizam nos tecidos moles, incluem a idade gestacional, o peso ao nascer e o uso de dispositivos médicos utilizados na prestação de cuidados (August et al., 2018, Schlüer, 2017).

As lesões iatrogénicas são em geral, os danos causados a tecidos ou órgãos por meio de tratamentos, administração de fármacos ou aplicação de dispositivos médicos, sendo que essas causas não estão relacionadas com a causa primária de internamento (D. L. August et al., 2018). O conceito de ferida iatrogénica é derivado do conceito de lesão iatrogénica, que se define por ser uma lesão que afeta as camadas da pele, epiderme e as suas subcamadas, como os músculos e tendões (Cheng et al., 2019). As feridas iatrogénicas podem ser classificadas de acordo com a sua etiologia, duração, como agudas ou crónicas ou com o grau de dificuldade e complexidade do tratamento, simples ou complexas, ou ainda de acordo com a contaminação, como limpas, contaminadas ou infetadas (Cheng et al., 2019).

A preservação da integridade cutânea é um foco de atenção para os cuidados de enfermagem, principalmente em recém-nascidos com idade gestacional inferior a 37 semanas ou, que estejam em situação crítica (B. B. M. de Araújo et al., 2012; S. V. Santos & Costa, 2015a)

O recém-nascido de alto risco é aquele independentemente da idade gestacional ou do peso ao nascer, tem uma taxa de morbilidade ou mortalidade superior à média dos recém-nascidos, geralmente devido a circunstâncias, que estão relacionados com o nascimento e adaptação à vida extrauterina. O período de alto risco estende-se desde o momento em que a sobrevivência do feto fora do útero é considerada viável, normalmente considera-se 23 semanas de gestação, até 28

dias após o nascimento e inclui as ameaças à vida e à saúde que ocorram nos períodos pré-natal, perinatal e pós-natal (Fisher, 2019).

Em geral, a classificação dos recém-nascidos de alto risco são, baseia-se no peso ao nascer, na idade gestacional e nos problemas fisiopatológicos preponderantes. Os problemas mais frequentes estão relacionados com o estado fisiológico, com a maturidade do recém-nascido e alterações bioquímicas (por exemplo, hipoglicemia, hipocalcemia) e consequências de órgãos e sistemas imaturos (por exemplo, hiperbilirrubinemia, dificuldade respiratória, hipotermia) (Fisher, 2019).

O cuidado com a pele do recém-nascido tornou-se uma preocupação, uma vez que deve ser mantida íntegra, com o objetivo de preservar a sua função protetora. Além disso, esta preocupação deve estar presente desde o momento do nascimento, proporcionando cuidados seguros e diferenciados (Schaefer et al., 2016). As características da pele do recém-nascido variam conforme a idade gestacional e com o estado de saúde.

1.1.1. As características da pele e os fatores risco param a integridade cutânea do recém-nascido

A pele é importante para regular a temperatura, proteger contra toxinas e microrganismos, armazenar gordura e isolamento, diminuir a perda de água transepidérmica, e oferecer a sensação tátil como forma de comunicação com a mãe e com o meio ambiente (Association of Women's Health & National Association of Neonatal Nurses, 2018; S. V. Santos et al., 2019). A pele do recém-nascido passa por um processo de adaptação durante a transição do ambiente aquático para o ambiente aeróbio após o nascimento (Schaefer et al., 2016). Ao nascer, a pele do recém-nascido é estéril e tem um potencial hidrogeniônico (pH) com tendência à alcalinidade (6 a 7,5), o que pode reduzir a defesa do organismo contra a proliferação microbiana (Barreto & Jalil, 2018).

A pele do recém-nascido, no termo da gestação, e do adulto é composta por 10-20 camadas, enquanto a pele do recém-nascido com idade gestacional inferior a 30 semanas é composta por apenas 2-3 camadas (Tamez, 2017a). No recém-nascido pré-termo, é mais fina (cerca de 40%-60% relativamente ao adulto), tem menor pilosidade, e o estrato córneo mais reduzido (Barreto & Jalil, 2018; Feitosa et al., 2018; Tamez, 2017a). É constituída por três camadas, a epiderme, derme e a camada subcutânea.

A epiderme é a camada mais externa, composta por duas camadas, o estrato córneo e a camada basal (Alves, 2016). É a primeira linha de proteção contra lesões, conserva o calor e controla a perda de água transepidérmica (Aredes et al., 2017). O desenvolvimento estrutural fica concluído das 24 semanas de gestação, mas a função de barreira só é completada após o nascimento, sendo necessária uma exposição ao ambiente extrauterino entre duas a quatro semanas (Carvalho et al., 2015). O estrato córneo, torna-se funcionalmente maduro apenas entre 32 e 34 semanas de IG (L. Altimier & Phillips, 2013). Nos recém-nascidos pré-termo com mais de 27 semanas, o estrato córneo amadurece a uma taxa acelerada nas primeiras 2 semanas de vida. Qualquer interferência no processo de maturação natural da pele, (ou seja, loções ou cremes) atrasa o seu desenvolvimento e prolonga os problemas associados à sua imaturidade, nomeadamente o risco de aumento da perda transepidérmica de água (L. Altimier & Phillips, 2013). Além disso, a razão entre grande área de superfície e peso corporal e o aumento do suprimento sanguíneo mais próximo da superfície da pele também aumentam a perda transepidérmica de água e a perda de calor (L. Altimier & Phillips, 2013). A epiderme está ligada à derme por fibras proteicas, por fibras nervosas que transportam as sensações ao cérebro e vasos sanguíneos que nutrem a pele (L. Altimier & Phillips, 2013).

A derme é composta por fibras proteicas, elastina, colagénio e muco polissacarídeo. Contém nervos, folículos capilares, vasos sanguíneos e linfáticos (Carvalho et al., 2015)..

A camada subcutânea tem como função proteger os tecidos e órgãos internos (Tamez, 2017a). É formada pelo tecido conjuntivo adiposo que fornece isolamento e armazena calor, torna a pele elástica e resiliente, mas não é depositado antes do último trimestre da gravidez (L. Altimier & Phillips, 2013).

O vernix caseoso forma-se entre a 17ª e a 20ª semana de gestação e torna-se mais espesso entre a 36ª e a 38ª semana de gestação. É uma mistura de lípidos segregados pelas glândulas sebáceas, sendo predominantemente constituído por água. É importante para a maturação do estrato córneo e, para uma adequada hidratação e manutenção da integridade cutânea. Tem também como função proteger o feto in útero da maceração causada pelo líquido amniótico, facilitando os movimentos fetais, e transferindo para a pele as propriedades imunológicas existentes no líquido amniótico, normalmente é absorvido cerca de 24-28 horas após o nascimento. (Association of Women's Health & National Association of Neonatal Nurses, 2018; Boyar, 2022; Northern Devon Healthcare, 2019; Tamez, 2017a; M. Visscher & Narendran, 2014)

No contexto da Neonatologia os riscos para a integridade cutânea ocorrem devido à imaturidade da pele, perfusão comprometida, retenção de líquidos, condição de saúde, utilização de adesivos para fixação de dispositivos médicos, entre outros (M. Visscher, 2014).

1.1.2. Intervenções na promoção da integridade cutânea durante a Hospitalização do Recém-nascido

A intervenção de enfermagem para promoção da integridade cutânea do recém-nascido hospitalizado, consiste na implementação de cuidados tópicos, nomeadamente: a) na avaliação sistemática da pele; b) na aplicação de emolientes; c) na implementação de medidas de redução do risco de lesão; d) e na manipulação de dispositivos médicos (Butcher et al., 2018).

a) A avaliação sistemática da pele

A avaliação da pele no período neonatal deve ser realizada de forma contínua, visando a detecção precoce das alterações cutâneas e estabelecer um plano de cuidados individualizado para a manutenção do status da pele. Sabe-se que as alterações cutâneas encontradas no exame físico do recém-nascido podem ser diversas. Sendo assim, é necessário que o enfermeiro saiba reconhecer e diferenciar lesões congênitas ou adquiridas, bem como as condições transitórias (que refletem a fisiologia da maturação da pele) ou as condições permanentes (benignas ou malignas), na pele do neonato.

Face às especificidades e características da pele dos recém-nascidos, a utilização de instrumentos preditivos do risco e de observação da pele do recém-nascido associados à correta e sistemática avaliação da sua condição, constituem uma estratégia promotora da integridade cutânea capaz de proporcionar objetividade aos planos de cuidados de enfermagem (Martins & Curado, 2017). Atualmente, a avaliação da pele do recém-nascido na prática diária de cuidados resume-se a elementos descritivos, subjetivos e dependentes do profissional que a efetua, podendo conduzir a discrepâncias importantes (Martins & Curado, 2017).

Neste enquadramento, compreende-se a necessidade de mobilizar estes instrumentos na prática de cuidados de enfermagem. Na revisão da literatura que realizamos, identificamos três instrumentos principais para a observação da pele: a Neonatal Skin Condition Score (NSCS); a Escala de Observação do Risco de Lesão da Pele em Neonatos (NSRAS) e a Braden Q - Pediátrica.

A Neonatal Skin Condition Score (NSCS) tem como objetivo a avaliação das condições da pele do recém-nascido de pré-termo e de termo. Foi desenvolvida por Lund e associados (2001). É constituída por três pontos (características da pele, eritema, e lesões na pele), variando a sua avaliação de um valor de três (melhor

condição) a um valor de nove (pior condição) (Lund et al., 2001). Não se encontra validada para Portugal.

A Escala de Observação do Risco de Lesão da Pele em Neonatos (NSRAS) aplicada à população neonatal dos 0 aos 21 dias (Martins & Curado, 2017). A Escala de Observação do Risco de Lesão da Pele em Neonatos (NSRAS) desenvolvida nos Estados Unidos, em 1997, por Barbara Huffines e Cynthia Logsdon, foi baseada na escala de Braden para a população adulta, mas utiliza fatores de risco específicos para o desenvolvimento de lesões por pressão em recém-nascidos com menos de 21 dias de vida e, encontra-se validada para a população portuguesa por Martins & Curado (2017). A NSRAS (Anexo 1) é constituída por seis pontos: condição física geral, estado mental, mobilidade, atividade, nutrição e humidade, cada um deles com quatro pontos (1 a 4). Os valores dos pontos de avaliação variam entre 6 e 24, sendo o valor mais baixo representativo de baixo risco de lesão da pele e o valor mais alto representativo de risco elevado de lesão da pele (Martins & Curado, 2017). Encontra-se validada para a população portuguesa e foi homologada pela Direção Geral de Saúde.

A Braden Q – Pediátrica para avaliação do risco de úlceras de pressão direcionada a crianças com idade entre os 21 dias de vida e os 18 anos (Direção-Geral da Saúde, 2011). É constituída por seis pontos (mobilidade,, atividade, perceção sensorial, humidade, forças de fricção e deslizamento, nutrição, perfusão tecidual e oxigenação. Os valores da avaliação de cada ponto de avaliação variam entre 1 (maior risco) e 4 (menor risco), obtendo-se o valor total entre 7 e 28. (Direção-Geral da Saúde, 2011) Está validada para a população portuguesa e homologada pela Direção Geral de Saúde.

Segundo Nist e associados (2016), citados por Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN) (2018) a avaliação da pele continua a ser essencial para a prevenção e tratamento da perturbação da estrutura e função da mesma. Além disso, as equipas interdisciplinares dedicadas aos cuidados com a pele podem melhorar a identificação precoce de lesões de pele em recém-

nascidos hospitalizados (Association of Women's Health & National Association of Neonatal Nurses, 2018; Dias et al., 2016; Tamez, 2017a).

Proteger a pele delicada do recém-nascido e promover uma barreira cutânea intacta e saudável é um desafio importante no período neonatal imediato e também pode contribuir para a saúde da pele mais tarde na vida. A compreensão das diferenças únicas na pele neonatal e do pré-termo tornar-se-á necessária para a prestação de cuidados diários nos recém-nascidos hospitalizados e no ambiente domiciliar (Association of Women's Health & National Association of Neonatal Nurses, 2018).

b) Aplicação de emolientes

Segundo Visscher & Geiss (2014) o termo emoliente refere-se a todo o material composto por uma gordura ou um óleo que hidrata e suaviza a pele. O efeito dos emolientes tópicos na pele neonatal pode ser afetado por vários fatores fisiológicos e ambientais incluindo idade gestacional, estabilidade fisiológica e ambiente de cuidados (Association of Women's Health & National Association of Neonatal Nurses, 2018). Os emolientes protegem a integridade do estrato córneo e aumentam a função de barreira cutânea tornando a pele macia ou flexível, porque substâncias como os lipídios ajudam a pele a reter água e melhorar a função de barreira cutânea (Association of Women's Health & National Association of Neonatal Nurses, 2018). Restauram a elasticidade e homeostase da pele e evitam a perda de água transepidermica, contribuindo para a manutenção da barreira epidérmica, uma vez que favorecem a hidratação da pele do recém-nascido (Association of Women's Health & National Association of Neonatal Nurses, 2018; Tavares et al., 2020). Dessa forma, é recomendada a sua aplicação logo após o banho, com a pele ainda húmida (Tavares et al., 2020). Os emolientes podem reduzir ou tratar a pele seca e descamativa; gretas; ou fissuras pelo que

devem ser aplicados pelo menos uma vez ao dia (Association of Women's Health & National Association of Neonatal Nurses, 2018).

c) Implementação de medidas de redução do risco de lesão

As medidas de redução do risco de lesão durante a hospitalização do recém-nascido dividem-se em duas dimensões principais: A prestação de cuidados de higiene e a desinfecção da pele.

Relativamente aos cuidados de higiene, destacam-se as recomendações para o banho, higiene do períneo e utilização de fraldas.

O primeiro banho do recém-nascido deve ser efetuado após a sua estabilização térmica e cardiorrespiratória, tendo em consideração, a preservação do manto ácido cutâneo não devendo, por isso, ser efetuado antes das 6 horas de vida da criança, com uma frequência de 2 a 3 vezes por semana, durante os primeiros dois meses (Association of Women's Health & National Association of Neonatal Nurses, 2018; Tamez, 2017a). Franck e associados (2000) realizaram vários estudos sobre a frequência do banho a cada 4 dias, tendo verificado que não houve colonização da pele por germes patogénicos nem aumento de infeções, concluindo que o banho menos frequente é seguro para o recém-nascido (Franck et al., 2000). A investigação atual sugere que o banho diário de rotina para recém-nascidos pré-termo, pode provocar efeitos adversos nas suas respostas fisiológicas e no conforto (Tambunan & Mediani, 2019). Deve ser utilizada água morna e, dar preferência à utilização de sabão com PH neutro. Os produtos de limpeza líquidos geralmente causam menos rutura da barreira cutânea, pH da superfície da pele e manto ácido, e enxaguam mais facilmente do que o sabão (Association of Women's Health & National Association of Neonatal Nurses, 2018). Nos recém-nascidos pré-termo com peso inferior a 1500gr e/ou idade inferior a 32 semanas

de gestação, a higiene corporal nas primeiras duas a três semanas, deve ser feita somente com água morna, sem uso de sabão (Tamez, 2017a). Se as áreas de desgaste da pele forem evidentes, utilizar água quente estéril. A água estéril reduz o risco de contaminação por microrganismos quando a integridade da pele é alterada (Association of Women's Health & National Association of Neonatal Nurses, 2018). As decisões sobre a frequência do banho, a hora do dia e os produtos para o banho infantil devem ser baseadas nas necessidades individuais do recém-nascido, na consideração das crenças e valores culturais familiares (Association of Women's Health & National Association of Neonatal Nurses, 2018; Wheeler, 2019). Idealmente, deve ser dado banho de imersão ou banho de imersão utilizando a técnica de enrolamento. Esta técnica consiste em enrolar o recém-nascido numa toalha ou pano macio, mantendo as extremidades superiores e inferiores fletidas na linha média, uma vez que esse posicionamento proporciona relaxamento e organização comportamental (Association of Women's Health & National Association of Neonatal Nurses, 2018; Tambunan & Mediani, 2019; Tamez, 2017a).

No que diz respeito à desinfecção da pele e do coto umbilical. O coto umbilical mumifica e cai naturalmente e a ferida cicatriza. Este processo pode demorar entre 5 e 15 dias. Como o coto umbilical é uma porta para a infecção, uma técnica limpa deve ser usada para minimizar sua a contaminação por microrganismos patogênicos. A prevenção da infecção deve ser alcançada otimizando medidas eficazes de limpeza, higiene e controle de infecções. O coto umbilical e a superfície da pele circundante podem ser limpos como parte do banho de rotina, sendo apenas limpo com água (Association of Women's Health & National Association of Neonatal Nurses, 2018; S. V. Santos et al., 2019; Wheeler, 2019).

A incontinência característica desta etapa do desenvolvimento da criança condiciona o aparecimento de lesões associadas à humidade. Segundo o International Council of Nurses (2019) eritema "é um tipo de pele com as características específicas: erupção cutânea de diferentes cores e protuberâncias,

edema local, urticária, vesículas e prurido” (International Council of Nurses, 2019), e o eritema das fraldas tem como características específicas “erupção cutânea que ocorre em pessoas que usam fraldas, localizada na área habitualmente coberta pela fralda e em contato com ela e nas pregas cutâneas, associadas a vários fatores irritantes como urina, fezes e componentes das fraldas” (International Council of Nurses, 2019). Também a idade do recém-nascido (real ou corrigida), a sua dieta e o uso de antibioterapia, influenciam o aparecimento do eritema das fraldas (Association of Women’s Health & National Association of Neonatal Nurses, 2018; M. O. Visscher & Narendran, 2022).

Segundo Sales e associados (2021) a dermatite/eritema das fraldas atinge amplamente os recém-nascidos internados em unidades de cuidados neonatais, dado que na região das fraldas, a pele neonatal apresenta maior vulnerabilidade a ruturas. O contato direto com a urina e as fezes, a fricção, a colonização microbiana e os produtos químicos levam ao aparecimento da dermatite/eritema (Association of Women’s Health & National Association of Neonatal Nurses, 2018; M. O. Visscher & Narendran, 2022). Deste modo, usando a água e algodão, sabão neutro e água, ou toalhetes humedecidos para bebês são os métodos recomendados para a higiene da região perianal do recém-nascido. A troca frequente de fraldas, associada ao uso de creme de barreira, são cuidados importantes para prevenção e tratamento desses eventos (Association of Women’s Health & National Association of Neonatal Nurses, 2018). Alguns produtos de higiene contendo emolientes podem proporcionar efeitos protetores adicionais (Association of Women’s Health & National Association of Neonatal Nurses, 2018). Os produtos de barreira devem ser aplicados numa camada espessa, evitando friccionar vigorosamente a pele durante a higiene, porque a remoção completa dos produtos de barreira cutânea não é necessária, devendo-se apenas remover a camada suja do produto de barreira (Association of Women’s Health & National Association of Neonatal Nurses, 2018). A higiene excessiva pode provocar irritação da pele, danificando ainda mais as suas propriedades de barreira. (Association of Women’s Health & National Association of Neonatal Nurses, 2018). Eritema

desconfortável e descamação leve são alguns dos primeiros sinais de dermatite das fraldas e, se não forem adequadamente tratados, podem progredir rapidamente para escoriações dolorosas ou lesões ulceradas (Association of Women's Health & National Association of Neonatal Nurses, 2018). O uso de estratégias de prevenção consistentes, como a aplicação de barreiras tópicas a cada troca de fralda, pode bloquear fisicamente o contato com irritantes químicos, umidade da pele e minimizar o atrito, reduzindo significativamente a incidência de dermatite das fraldas (Association of Women's Health & National Association of Neonatal Nurses, 2018). O contato irritante e dermatite da fralda agravada por candidíase devem ser tratados com uma combinação de pó antifúngico e um creme barreira (Association of Women's Health & National Association of Neonatal Nurses, 2018).

A adequada desinfecção da pele é fundamental para prevenir infecções e, para isso torna-se necessário a utilização de antissépticos (Association of Women's Health & National Association of Neonatal Nurses, 2018; Jani et al., 2023). A imaturidade da pele do recém-nascido de pré-termo aumenta a sua permeabilidade, reduzindo a função protetora, aumentando os riscos de absorção das substâncias aplicadas, colonização e consequente risco de infecção. Deve-se considerar o potencial de toxicidade sistêmica se os desinfetantes cutâneos forem absorvidos através da pele (Association of Women's Health & National Association of Neonatal Nurses, 2018). Deve ser utilizada a menor quantidade eficaz de desinfetante para minimizar o risco de acumulação. As crianças nascidas com mais de 32 semanas de idade gestacional que recebem aplicações de desinfetantes nas primeiras 2 semanas de vida estão em maior risco (Association of Women's Health & National Association of Neonatal Nurses, 2018). Existem alguns casos documentados de queimaduras químicas em recém-nascidos pré-termo provocadas por desinfetantes contendo gluconato de clorhexidina (independentemente da sua concentração, preparações aquosas e combinadas com álcool), bem como queimaduras químicas de álcool isopropílico e soluções de iodopovidona em lactentes de peso ao nascer extremamente baixo (Association of Women's Health

& National Association of Neonatal Nurses, 2018; Boyar, 2022). A maioria das queimaduras ocorreu em recém-nascidos pré-termo com menos de 26 semanas de gestação ou naqueles que pesavam menos de 1000 gramas com sequelas a longo prazo em alguns lactentes, incluindo cicatrizes, descoloração e formação de coloides (Association of Women's Health & National Association of Neonatal Nurses, 2018). Devido a essas preocupações, a rotulagem de segurança nos Estados Unidos e na Europa continua a afirmar o potencial para queimaduras químicas de soluções de gluconato de clorohexidina usadas para desinfecção da pele em recém-nascidos pré-termo (Association of Women's Health & National Association of Neonatal Nurses, 2018). Segundo o O'Grady e associados (2017) e a AWHONN (2018), os desinfetantes devem ser utilizados seguindo as indicações do fabricante e, após a conclusão do procedimento, devem ser completamente removidos com água estéril ou soro fisiológico (Association of Women's Health & National Association of Neonatal Nurses, 2018; O'Grady et al., 2017).

d) Manipulação de dispositivos médicos

A pele neonatal é 40%–60% mais fina do que a pele de um adulto, com menos camadas celulares epidérmicas, levando a um estrato córneo subdesenvolvido (Association of Women's Health & National Association of Neonatal Nurses, 2018). A coesão cutânea entre a derme e a epiderme é menor do que a de um adulto e predispõe os recém-nascidos a lesões cutâneas. A remoção de qualquer uma destas camadas da pele pode levar a um aumento da perda de água transepidérmica e da permeabilidade cutânea, o que pode comprometer o equilíbrio hídrico e levar à toxicidade das substâncias aplicadas topicamente (Association of Women's Health & National Association of Neonatal Nurses, 2018).

Os adesivos alteram a função de barreira cutânea e causam trauma tecidual em recém-nascidos, incluindo remoção epidérmica, lesões da pele e dermatite de contato (Association of Women's Health & National Association of Neonatal Nurses, 2018). Segundo a literatura existente, 16% a 27% dos recém-nascidos hospitalizados irá sofrer uma lesão cutânea relacionada com a utilização de

adesivos associados à fixação de dispositivos médicos (elétrodos, fixação de sondas de alimentação, fixação de cateteres periféricos e centrais, fixação de oxímetros de pulso) (Association of Women's Health & National Association of Neonatal Nurses, 2018; D. August et al., 2021). Lesões cutâneas relacionadas com adesivos são consideradas presentes para qualquer reação cutânea que persista 30 minutos ou mais após a remoção do mesmo (Association of Women's Health & National Association of Neonatal Nurses, 2018; D. August et al., 2021). A utilização de pensos hidrocolóides nas proeminências ósseas e nas áreas de fixação da sonda orogástrica e do tubo endotraqueal, podem ser uma alternativa tanto para proteger a pele de pressões, como para prevenir lesões provocadas pela remoção de adesivos. Reduzem o trauma e devem ser colocados entre a pele, o dispositivo e o adesivo, proporcionando uma barreira protetora cutânea (Alves, 2016; Sales et al., 2021; S. V. Santos & Costa, 2015b).

O aparecimento de lesões cutâneas provocadas por pressão tem como causa a fricção, a imobilidade e o ambiente onde o recém-nascido está inserido (Boyar, 2022), sendo a sua localização mais frequente nas costas, face ou região nasal (Association of Women's Health & National Association of Neonatal Nurses, 2018; D. L. August et al., 2018). A utilização de ventilação não invasiva é a causa mais comum de lesões da região nasal, devido ao aquecimento e humidificação constantes destes tecidos. Também a utilização prolongada de óculos nasais pode provocar ulcerações devido à fricção existente entre os mesmos e a região nasal, assim como a pressão que é exercida aquando da sua fixação para se proceder à ventilação não invasiva (Boyar, 2022). Para minimizar este tipo de lesão, devem ser utilizados protetores hidrocolóides ou de espuma de utilização neonatal. Apesar de serem o tipo de protetores cutâneos recomendados, a sua utilização prolongada pode levar a um aumento da perda cutânea de água e consequente acumulação da mesma sob este penso, levando à maceração da pele. (Boyar, 2022; M. O. Visscher & Narendran, 2022)

A seleção de adesivos deve ser efetuada tendo em consideração o fim a que se destina, a localização anatômica e as condições da pele onde vai ser colocado

(Association of Women's Health & National Association of Neonatal Nurses, 2018). Diferentes tipos de adesivos são usados em pensos. Estes incluem acrilatos, hidrocolóides, poliuretanos, hidrogéis e silicões (Association of Women's Health & National Association of Neonatal Nurses, 2018).

Os adesivos à base de acrilato incluem produtos como papel, plástico e tiras de pano macio. Estes tipos de adesivos têm baixa permeabilidade ao exsudato da ferida, aumentam as propriedades adesivas ao longo do tempo e podem deixar um resíduo na pele após a sua remoção (Association of Women's Health & National Association of Neonatal Nurses, 2018). Uma única aplicação de um adesivo à base de acrilato perfurada de plástico resultou na rutura da barreira cutânea em recém-nascidos com idades compreendidas entre as 25 e as 42 semanas. No entanto, estes tipos de adesivos aderem eficazmente à pele e aos dispositivos médicos e são frequentemente utilizados em ambientes de cuidados intensivos (Association of Women's Health & National Association of Neonatal Nurses, 2018). Os filmes de poliuretano com adesivos à base de acrilato, como pensos adesivos transparentes, permitem a visualização dos locais de inserção do cateter e são permeáveis ao vapor de água, oxigênio e dióxido de carbono, permitindo que a pele respire (Association of Women's Health & National Association of Neonatal Nurses, 2018). Quando removidos ao fim de 24 horas, os adesivos hidrocolóides causam traumatismos cutâneos iguais aos adesivos à base de acrilato. Podem também provocar uma diminuição da função de barreira cutânea, com diminuição da permeabilidade cutânea e perda de água transepidérmica bem como eritema. No entanto, essas barreiras ainda são usadas porque absorvem a humidade, adaptam-se bem às superfícies da pele e servem como camada base para outros adesivos (Association of Women's Health & National Association of Neonatal Nurses, 2018). Boswell & Waker (2016) não encontraram diferença quantitativa estatisticamente significativa entre um penso transparente colocado sobre uma base hidrocolóide ou um penso transparente colocado diretamente sobre a pele. Apesar da falta de evidência de um método em detrimento do outro, eles encontraram que os enfermeiros preferiam pensos

transparentes colocados sobre uma base hidrocolóide por considerarem mais eficaz e mais suave na pele.

Devido à diminuição da coesão entre a epiderme e a derme, especialmente em recém-nascidos pré-termo, a remoção de um adesivo pode resultar em alteração na função da barreira cutânea e aumento da irritação cutânea levando a lesões como remoção epidérmica e dermatite de contato (M. O. Visscher & Narendran, 2022). A remoção de adesivos pode retirar até cerca de 70-90% da epiderme, principalmente em recém-nascidos pré-termo (M. O. Visscher & Narendran, 2022). A remoção de adesivos médicos pode causar traumas, como remoção da pele e dor. Uma técnica que envolve puxar lentamente adesivos num um ângulo muito baixo, paralelo à superfície da pele, mantendo a pele circundante no lugar, pode reduzir a remoção epidérmica (Association of Women's Health & National Association of Neonatal Nurses, 2018). Os removedores de adesivos ajudam na sua remoção não traumática. Existem três categorias de removedores adesivos: solventes à base de álcool orgânico, solventes à base de óleo e removedores à base de silicone (Association of Women's Health & National Association of Neonatal Nurses, 2018). Embora os emolientes e outros óleos soltem os adesivos, podem afetar a aderência e impedir que o próximo adesivo, se necessário, se fixe corretamente (Association of Women's Health & National Association of Neonatal Nurses, 2018). Os removedores à base de silicone formam uma camada interposta entre o adesivo e a pele, permitindo uma remoção mais fácil, evaporam prontamente após a aplicação sem secar demais a pele, são menos propensos a deixar um resíduo, não causam ardor, mesmo em pele fissurada e, são inertes, reduzindo o risco de toxicidade (Association of Women's Health & National Association of Neonatal Nurses, 2018). Os removedores à base de silicone estão disponíveis em forma de spray, líquido, loção ou toalhete (Association of Women's Health & National Association of Neonatal Nurses, 2018). Segundo Nanavati e associados (2013), ao aplicarem em 15 recém-nascidos de muito baixo peso ao nascer a escala Premature Infant Pain Profile (PIPP), constataram que a remoção de adesivos é causadora de dor em recém-nascidos . O mesmo ensaio clínico

randomizado e controlado de um grupo adicional de 50 recém-nascidos de muito baixo peso ao nascer demonstrou que tanto o contato pele a pele quanto a amamentação, são métodos não farmacológicos eficazes de controle da dor durante a remoção do adesivo.

1.2. Referenciais no cuidado de enfermagem à criança e família

Este capítulo pretende explorar os principais referenciais no cuidado de enfermagem à criança e família e o modelo teórico de Betty Neuman e o Modelo integrativo para o desenvolvimento de Altimer e Philipps (2013). Iniciaremos por clarificar os conceitos teóricos que servem de base à elaboração deste relatório e ao enquadramento dos cuidados de enfermagem neste contexto.

A Declaração dos Direitos da Criança foi adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1959 estabelecia 10 princípios que visam proteger as crianças constituindo-se como o marco inicial para os direitos das crianças. A Convenção pelos Direitos da Criança é composta por 54 artigos e dois protocolos opcionais, foi adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas a 20 de novembro de 1989 e foi ratificada por Portugal a 21 de setembro de 1990, representou uma evolução significativa, incorporando uma abordagem mais abrangente, participativa e legalmente vinculativa para proteger e promover os direitos das crianças ao nível internacional (Instituto de Apoio à Criança, 2020; UNICEF, 2019). Proclamou-se que, devido à sua vulnerabilidade, a infância tem direito a uma ajuda e assistência especiais, nomeadamente de proteção jurídica adequada, tanto antes como depois do nascimento, enfatizando-se de forma particular a responsabilidade fundamental da família no que diz respeito aos cuidados e proteção (Instituto de Apoio à Criança, 2020; UNICEF, 2019).

Segundo a Convenção dos Direitos da Criança (UNICEF, 2019), uma criança é todo o ser humano com menos de dezoito anos, salvo disposição em contrário (art.1º).

O mesmo documento destaca no seu artigo 3º a primazia do superior interesse da criança em todas as decisões que a envolvam. No artigo 9º, salienta-se a obrigação do Estado em respeitar os direitos e responsabilidades dos pais e da família na orientação da criança, de acordo com o seu desenvolvimento. O artigo 24º destaca o direito da criança ao melhor estado de saúde possível, incluindo o acesso a serviços médicos eficazes. O documento, sublinha também a importância de informar, facilitar o acesso e apoiar pais e crianças nos conhecimentos essenciais sobre saúde infantil. Juntos estes elementos refletem os princípios fundamentais consagrados na Convenção (UNICEF, 2019).

Em 1988 a European Association for Children in Hospital (EACH), publicou, após a sua primeira conferência internacional em Leiden, na Holanda, a Carta da Criança Hospitalizada que, teve como objetivo estabelecer normas a serem aplicadas em toda a Europa, onde eram referidos os direitos das crianças doentes e das suas famílias quando em contato com o hospital ou outros serviços de saúde, conforme estipulado pela Convenção dos Direitos da Criança, em particular o seu artigo 3º onde se refere que em todas as situações prevalece o superior interesse da criança (EACH European Association for Children in Hospital, 2017; UNICEF, 2019). Desde a sua criação a Carta da Criança Hospitalizada foi utilizada por vários países europeus como orientação na defesa dos direitos e bem-estar das crianças doentes, tendo servido de base para a legislação em saúde (EACH European Association for Children in Hospital, 2017).

De acordo com o Institute for Patient and Family-Centred Care (2020) os Cuidados Centrados na Família constituem uma abordagem que compreende o planeamento, o desenvolvimento e a avaliação de cuidados de saúde envolvendo parcerias mutuamente benéficas entre os prestadores de cuidados de saúde, as crianças e as famílias. Ao prestar Cuidados Centrados na Família o enfermeiro reconhece o papel vital que as famílias desempenham para garantir a saúde e bem-estar dos recém-nascidos, crianças, adolescentes. Reconhece também que o suporte emocional, social e o suporte ao desenvolvimento, como componentes

fundamentais dos cuidados de saúde (Institute for Patient-and Familie-centered Care, 2020).

Os cuidados centrados na família partem do pressuposto que a resposta às necessidades emocionais e de desenvolvimento da criança e da sua família são melhor atendidas quando o sistema apoia as forças e capacidades da família através do seu envolvimento na tomada de decisão e no planeamento dos cuidados. Segundo o Institute for Patient and Family-Centred Care (2020) os cuidados centrados na família, assentam em quatro pilares fundamentais: A Dignidade e respeito - Os profissionais de saúde ouvem e incorporam no planeamento e prestação dos cuidados as perspetivas e escolhas dos clientes e familiares, tendo em linha de conta os seus conhecimentos, valores crenças e cultura (Institute for Patient-and Familie-centered Care, 2020); A Partilha de informação - Os profissionais de saúde comunicam e partilham informações completas e imparciais com os clientes e as famílias e estes recebem informações oportunas, completas e precisas para participarem efetivamente dos cuidados e da tomada de decisões (Institute for Patient-and Familie-centered Care, 2020); A Participação - Os clientes e as famílias são incentivados e apoiados na tomada de decisões e na participação nos cuidados e ao nível que escolherem (Institute for Patient-and Familie-centered Care, 2020); A Colaboração - Clientes, famílias, profissionais de saúde e dirigentes de cuidados de saúde colaboram no desenvolvimento, implementação e avaliação de políticas e programas; na investigação; projeto de instalações; e na educação profissional, bem como na prestação de cuidados (Institute for Patient-and Familie-centered Care, 2020). Na perspetiva do modelo de cuidados centrados na família os pais ou seus substitutos são vistos como parceiros ativos no cuidado da criança. A equipa de saúde e a família, devem estar organizadas de modo a assegurar a continuidade dos cuidados quer seja a nível hospitalar, como na transição para o domicílio, ou para o hospital de dia (EACH European Association for Children in Hospital, 2017, World Health Organization & UNICEF, 2019)

A filosofia de cuidados centrados na família, tem como conceitos básicos a capacitação e o empoderamento (M. J. Hockenberry, 2019). Os profissionais de saúde capacitam as famílias ao criar oportunidades e meios para que possam adquirir novas capacidades e competências que lhes permitam responder às necessidades das criança (M. J. Hockenberry, 2019). O empoderamento das famílias é o processo através do qual adquirem a percepção de que podem controlar a sua situação e que podem construir o seu projeto de saúde, incluindo as ações que visam a aquisição de capacidades e competências que lhes permitem adquirir esse mesmo controle (Cabete, 2022). Também Hockenberry (2019) refere que empoderamento é a interação entre os profissionais e a família para que as mesmas mantenham ou adquiram um sentimento de controlo e reconheçam mudanças positivas decorrentes de comportamentos, capacidades e ações (M. J. Hockenberry, 2019).

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (2018), este “utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados”. (Regulamento nº 422/2018, 2018)

As crianças como vimos anteriormente são especialmente vulneráveis, sendo que esta vulnerabilidade se relaciona mais diretamente com as suas características e estágio de desenvolvimento. A hospitalização é para muitas crianças a sua primeira crise, sendo fundamental para o seu bem-estar a adoção de uma perspetiva de cuidados sensível ao stresse causado pela hospitalização e pelas mudanças no estado de saúde (Merck & McElfresh, 2019). A filosofia de Cuidados não traumáticos preconiza a prestação de cuidados terapêuticos e a implementação de intervenções de enfermagem que eliminem ou minimizem o stresse, bem como o sofrimento psicológico e físico enfrentado pelas crianças e família no sistema de saúde (M. J. Hockenberry, 2019). As intervenções vão desde abordagens psicológicas, como preparar as crianças para procedimentos, até intervenções físicas a permanência dos pais durante o internamento (M. J. Hockenberry, 2019). O sofrimento psicológico pode incluir ansiedade, medo, raiva,

deceção, tristeza, vergonha ou culpa (M. J. Hockenberry, 2019). O sofrimento físico pode variar de insónia e imobilização a distúrbios de estímulos sensoriais, como dor, temperaturas extremas, ruídos altos, luzes brilhantes ou escuridão (M. J. Hockenberry, 2019). Têm como objetivo principal não causar dano. Para alcançarmos este objetivo devemos evitar ou minimizar a separação entre a criança e a família, preservando a sua relação durante a hospitalização; promover uma sensação de controlo preparando a criança antes de qualquer tratamento ou procedimento não usual e, evitar ou minimizar lesões e controlar a dor, dando-lhe oportunidade de escolha, respeitando as diferenças culturais (M. J. Hockenberry, 2019).

1.2.1. A Teoria de Betty Neuman na prestação de cuidados de enfermagem à criança e família

Neste subcapítulo iremos explorar o modelo conceitual de enfermagem de sistemas de Betty Neuman. Esta abordagem complexa fornece uma estrutura abrangente para compreender as interações entre a criança, a família e o ambiente, no contexto dos cuidados de enfermagem.

O Modelo de Sistemas de Neuman é fundamentado na Teoria Geral dos Sistemas e, inscreve-se no Paradigma da Integração que considera os fenómenos como sendo contextuais e multidimensionais. Neste paradigma são reconhecidos os múltiplos elementos e as manifestações de um fenómeno, bem como o contexto específico em que ele ocorre. Neste enquadramento o desenvolvimento do conhecimento tem como objetivo identificar os múltiplos fatores e as suas interações (Pepin et al., 2017).

Neuman apresenta o conceito de pessoa como um sistema de cliente aberto em constante mudança e em interação recíproca com o ambiente. O cliente pode ser um indivíduo, família, grupo, comunidade ou questão social. É um composto dinâmico de inter-relações entre fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais (Lawson, 2014; Neuman & Fawcett,

2011). Newman acredita que a enfermagem se preocupa com a pessoa na sua totalidade. Ela vê a enfermagem como uma profissão única, uma vez se preocupa com todas as variáveis que afetam a resposta de um indivíduo ao stress (Lawson, 2014). Deste modo a apreciação que o enfermeiro faz, do sistema criança-família, deve ser tida em conta, uma vez que condiciona a prestação de cuidados e a especificidade das intervenções (Neuman & Fawcett, 2011). A criança e família, ao interagirem com o ambiente, estão numa relação recíproca e constante com ele. Neuman define ambiente como todos os fatores ou influências internas e externas que afetam a criança e família. Os stressores (intrapessoais, interpessoais e extrapessoais) são forças ambientais que interagem e potencialmente alteram a estabilidade do sistema (Neuman & Fawcett, 2011). O ambiente pode ter efeitos positivos ou negativos no sistema dependendo da sua capacidade para lidar com os stressores ambientais. Existem três tipos de ambiente: o interno que é intrapessoal (dimensão anatomofisiológica da criança e dimensão psicoemocional da família); o externo que é interpessoal (interações entre a criança e os cuidadores) ou extrapessoal (características ambientais onde a criança está inserida) e, o criado é de natureza dinâmica e mobiliza todas as variáveis do sistema (Neuman & Fawcett, 2011).

As intervenções de enfermagem possuem potencial para modificar o ambiente e promover a estabilidade do sistema. A criança é considerada um sistema aberto no contexto da família, composto por variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento que, agem em harmonia e com estabilidade em relação aos stressores externos e internos e, estas variáveis são entendidas pela enfermagem (Neuman & Fawcett, 2011). Neuman atribuiu importância aos níveis de prevenção de stress para os cuidados de enfermagem; prevenção primária ocorre antes que o sistema reaja a um stressor fortalecendo principalmente a linha de defesa flexível da pessoa para permitir que ela lide melhor com os stressores e, por outro lado, manipula o ambiente para reduzir ou enfraquecer esses mesmos stressores. A prevenção primária inclui a promoção da saúde e a manutenção do bem-estar (Lawson, 2014; Neuman & Fawcett, 2011). A

prevenção secundária ocorre após a reação do sistema a um stressor. Centra-se na utilização dos recursos internos e externos da criança e família, aumentando os fatores de resistência através do diagnóstico precoce e do tratamento eficaz de sintomas de doença, ou da promoção de cuidados às lesões cutâneas por exemplo (Lawson, 2014; Neuman & Fawcett, 2011). Na prevenção terciária, e através de estratégias de prevenção secundária, procuram-se reduzir, os fatores residuais provocados por um fator stressante devolvendo assim o bem-estar à criança e família (Lawson, 2014; Neuman & Fawcett, 2011). A reconstituição ocorre após o tratamento das reações stressoras e, representa o retorno do sistema à estabilidade, que pode estar em um nível maior ou menor de bem-estar do que antes da invasão do stressor, reconduzindo o processo às intervenções de prevenção primária (Lawson, 2014).

Através dos seus princípios holísticos este modelo permite, que os enfermeiros possam alcançar cuidados de enfermagem de alta qualidade baseados nas melhores evidências científicas. Além disso o modelo é considerado como fornecendo uma perspetiva de sistema que pode ser utilizada em diferentes contextos, nomeadamente com pessoas individuais, famílias, comunidades, grupos e em questões de saúde pública. Ao efetuar a avaliação do “sistema” da criança e família através das suas diretrizes, este modelo permite assim a implementação de intervenções preventivas que podem ser consideradas fundamentais para a uma prestação de cuidados. (Neuman & Fawcett, 2011).

1.2.2. Modelo Integrativo de Desenvolvimento Neonatal

Destacamos este modelo no contexto do relatório de estágio pela sua relação próxima com a problemática em aprofundamento e pela sua especificidade face aos cuidados prestados na unidade de cuidados Neonatais em complementaridade ao modelo de Betty Neuman.

Em 2009, Coughlin e associados propuseram cinco medidas centrais de cuidados de desenvolvimento centradas em ações de prestação de cuidados independentes da doença, mas essenciais para promover o crescimento e desenvolvimento saudáveis do recém-nascido pré-termo e da sua família. As principais medidas de cuidados de desenvolvimento incluíam a proteção do sono, avaliação e controle da dor e do stresse, as atividades de vida diária (posicionamento, alimentação e cuidados com a pele), cuidados centrados na família e o ambiente onde o recém-nascido era cuidado (Coughlin et al., 2009).

O Modelo Integrativo de Desenvolvimento Neonatal, desenvolvido por Altimier e Phillips (2013), foi utilizado para simplificar aspetos do Universo do Modelo de Cuidados ao Desenvolvimento (Gibbins e associados, 2008) e recategorizou as Medidas Fundamentais para o Desenvolvimento Neonatal (Coughlin e associados, 2009) e, expandiu-as para sete medidas distintas do núcleo de desenvolvimento centradas na família de cuidados neonatais neuroprotetores. Esta ampliação permite um cuidado adicional no posicionamento e manuseamento do bebé, atendendo às suas necessidades de desenvolvimento, otimizando a nutrição e a alimentação, e protegendo a pele, todas as áreas que são fundamentais para fornecer cuidados neonatais de desenvolvimento. As sete medidas neuroprotetoras para os cuidados de desenvolvimento centrados na família referidas no Modelo Integrativo de Desenvolvimento Neonatal são descritas como pétalas sobrepostas de um lótus para demonstrar a natureza integrativa dos cuidados com o desenvolvimento e, fornecem orientação clínica para as equipas dos Cuidados Intensivos Neonatais, para o cuidado do desenvolvimento centrado na família dos recém-nascidos pré-termo, nomeadamente o ambiente dos cuidados; parcerias com as famílias; manipulação e posicionamento; a salvaguarda do sono; minimização do stresse e da dor; a proteção da pele e a otimização da nutrição (Altimier & Phillips, 2013).

As estruturas imaturas da pele dos recém-nascidos pré-termo são muito diferentes da pele de recém-nascidos de termo. O recém-nascido pré-termo apresenta uma barreira cutânea subdesenvolvida, o que o coloca em risco de uma

perda de água transcutânea aumentada, desequilíbrio eletrolítico, instabilidade térmica, aumento da permeabilidade, danos adicionais à pele causados pela presença de pensos, sondas, adesivos e diversos dispositivos médicos essenciais ao seu cuidado, atraso na maturação da barreira e infecção (Altimier & Phillips, 2016).

As práticas individualizadas de cuidados com a pele dos bebês, adequadas a cada estágio de desenvolvimento, incluem : a) utilização uma ferramenta de avaliação da pele, b) utilização de protocolos (onde estejam definidas as práticas de banho, o uso de emolientes, o posicionamento adequado utilizando produtos de gel), c) minimização do uso de adesivos e utilização de cuidados e produtos adequados para a sua remoção de modo a evitar desgaste epidérmico, devem ser incorporadas às práticas e políticas da unidade, estabelecendo intervenções de modo a promover o desenvolvimento e o crescimento saudável do recém-nascido e facilitando as suas capacidades de autorregulação(Altimier & Phillips, 2020; Altimier & Phillips, 2016, 2013; Visscher & Narendran, 2022).

Há ampla evidência de que o cuidado neuroprotetor para o desenvolvimento neonatal ao ser implementado na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), resulta em melhores resultados de neurodesenvolvimento neonatal, diminuição do tempo de permanência no hospital, e aumento da satisfação familiar(L. B. Altimier & Phillips, 2020). No entanto, sua implementação e a criação das mudanças culturais necessárias à sua implementação, têm sido frequentemente repletas de desafios internos e externos (L. B. Altimier & Phillips, 2020). A criação de intervenções neuroprotetoras como diretrizes para as UCIN implementarem, deve ser alicerçada nas melhores práticas baseadas na evidência (Altimier & Phillips, 2020). Para que a implementação do cuidado de desenvolvimento neuroprotetor seja bem-sucedida, toda a equipa da UCIN deve ter o conhecimento e as competências para executar efetivamente esse cuidado sendo recomendada a cooperação e colaboração entre todos os profissionais de saúde. (Altimier & Phillips, 2020).

2. METODOLOGIA

O estágio foi orientado de acordo com a metodologia de projeto, através de uma abordagem sistemática para planejar, desenvolver e implementar os objetivos e as atividades de estágio definidas para cada contexto. Um projeto consiste num conjunto de atividades que produz uma “representação antecipada e finalizante de um processo de transformação do real” (Ruivo et al., 2010, p.3). Tem como principal objetivo a resolução de problemas e simultaneamente desenvolver um conjunto de capacidades, competências e características pessoais a partir da concretização de um projeto numa situação real. Estabelece-se como uma ponte entre a teoria e a prática, a experiência vivida e a reflexão sobre estas experiências nos diferentes contextos de prática de cuidados que no seu conjunto contribuíram para alcançar os resultados de aprendizagem propostos. .

A metodologia de projeto é centrada num problema real que foi identificado, e na implementação de estratégias e procedimentos eficazes para a sua resolução (Ruivo et al., 2010). É através da implementação do projeto numa situação concreta e real que foi possível desenvolver competências e características pessoais e criar um elo entre a teoria e a prática, uma vez que o suporte para o projeto é o conhecimento teórico mobilizado em contexto real (Ruivo et al., 2010). Segundo Guerra (1994) citado por Ruivo et al. (2010) a metodologia do projeto divide-se em diferentes etapas: identificação dos problemas e diagnóstico da situação; definição de objetivos; seleção de estratégias; programação das atividades; avaliação do trabalho e divulgação dos resultados.

A primeira etapa, iniciou-se com o autodiagnóstico de competências do Enfermeiro Especialista Saúde Infantil e Pediátrica e com a identificação de uma problemática de enfermagem no contexto da prática clínica. Seguiu-se a revisão da literatura sobre a temática do projeto, a análise dos referenciais para a prestação de cuidados em saúde Infantil e Pediatria e a escolha do modelo teórico

orientador da prática de enfermagem neste contexto. Na fase inicial da construção do projeto realizei uma revisão da literatura sobre a temática selecionada, seguindo-se o desenvolvimento de um mapa conceitual, que me permitiu analisar as relações entre os principais conceitos em estudo. Na segunda etapa, procedi à elaboração dos objetivos de estágio, em articulação com o tema em estudo e as competências do Enfermeiro Especialista Saúde Infantil e Pediátrica, e ao planeamento das atividades que contribuiriam para os alcançar.

Tendo por base, a problemática identificada e as necessidades de aprendizagem, foram definidos como objetivos gerais:

1. Desenvolver competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica no cuidado à criança, ao jovem e família em todas as etapas, nos processos de saúde-doença nos diferentes contextos de saúde

E, como objetivos específicos:

- a. Adquirir conhecimentos especializados na promoção da saúde, prevenção de doenças, gestão de casos complexos e adaptação de cuidados de acordo com o ciclo de vida e o desenvolvimento da criança e do jovem;
- b. Planear e avaliar cuidados de enfermagem em resposta às necessidades de saúde e desenvolvimento das crianças, jovens e família, baseados em evidência, considerando diferentes estádios de desenvolvimento e contextos de saúde;
- c. Prestar cuidados de enfermagem, às crianças, jovens e famílias, em colaboração com equipas de saúde multidisciplinares
- d. Conhecer e analisar as práticas de cuidados de enfermagem especializados e estratégias institucionais nos diferentes contextos de saúde

2.Desenvolver competências na promoção da integridade cutânea do recém-nascido hospitalizado.

E, como objetivos específicos:

- a. Aprofundar conhecimentos sobre técnicas de avaliação e prevenção de lesões cutâneas em recém-nascidos especializados;
- b. Contribuir para a prevenção de lesões cutâneas em recém-nascidos hospitalizados;
- c. Implementar intervenções de enfermagem baseadas em evidencia para promover a integridade cutânea em Recém-nascidos hospitalizados, ;
- d. Participar ativamente em projetos de melhoria da qualidade para a promoção da integridade cutânea dos recém-nascidos hospitalizados.

Seguiu-se a implementação das atividades anteriormente planejadas com vista ao desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista e de mestre. Atividades estas que serão descritas e analisadas no capítulo seguinte.

De acordo com Serrano e associados (2011), a competência profissional surge a partir da articulação do exercício profissional e, o contexto onde este decorre. A existência de vários tipos de saberes mobilizados pela enfermagem, desencadeiam no enfermeiro competências cognitivas, afetivas e reflexivas (Serrano et al., 2011)

Tendo em conta as orientações preconizadas pela ordem dos enfermeiros, no Programa Formativo de Desenvolvimento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Aviso nº 3918/2021, 2021), juntamente com as necessidades de aprendizagem identificadas, e com o projeto traçado, os estágios clínicos desenrolaram-se em cinco contextos diferentes, de acordo com o cronograma, que pode ser consultado no Apêndice I. Relativamente à temática central do projeto – a promoção da integridade cutânea – e dada a sua transversalidade a qualquer contexto de cuidados, cada estágio

propiciou oportunidades de aprendizagem e aprofundamento do conhecimento neste domínio. A seleção dos campos de estágio foi ponderada e intencional, permitindo dar resposta aos objetivos por mim propostos, visando o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista assim como das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e de mestre.

A componente prática nos cuidados diferenciados decorreu no Internamento de Pediatria, Serviço de Urgência Pediátrica, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, na Consulta de Desenvolvimento e nos cuidados na comunidade, mais especificamente numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados. Em cada contexto de estágio, foi identificada uma enfermeira orientadora, tendo sido realizada uma entrevista inicial e analisado o Guia Orientador de Estágio (Apêndice II). Desta discussão inicial do projeto de estágio resultou a reformulação de algumas das atividades previamente planeadas.

Segundo Giuffrida e associados (2023), o pensamento crítico, o raciocínio diagnóstico, o julgamento clínico, a tomada de decisão e as competências reflexivas, são fundamentais para a enfermagem (Giuffrida et al., 2023). Ao longo do estágio, fui identificando as minhas lacunas de conhecimento, tendo consciência dos meus próprios valores e prática. Neste processo, de conhecimento pessoal e profissional, destaco o contributo do trabalho em equipa e das discussões que ocorreram durante os estágios, nas orientações tutoriais com a professora orientadora e, nas discussões com os colegas em sala de aula.

A última fase da metodologia do trabalho de projeto, corresponde à avaliação e divulgação dos resultados obtidos. Inclui a descrição e análise das atividades desenvolvidas e dos resultados obtidos surgindo assim os últimos capítulos deste relatório de estágio.

3. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO

Neste capítulo, serão descritas as atividades desenvolvidas no estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, bem como, a sua relação com as competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria. O principal objetivo deste capítulo é destacar o modo como as experiências de estágio contribuíram para o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista e áreas de competências preconizadas no regulamento nº140/2019 e regulamento nº422/2018, bem como competências do grau de Mestre em Enfermagem preconizadas pelo Decreto-Lei nº 74/2006 e alterado pelo Decreto-Lei n.º 65/2018.

Em primeiro lugar, descreveremos as atividades transversais a todos os contextos. Em seguida acrescentaremos as restantes atividades, organizadas segundo os domínios das competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria.

a) Atividades comuns a todos os contextos de estágio

Em todos os contextos de estágio foi realizada uma entrevista com a enfermeira chefe do serviço e/ou enfermeira orientadora do estágio, para conhecer o contexto de estágio, nomeadamente a estrutura, funcionamento do serviço, a área de abrangência, a caracterização da população, e a articulação com outros serviços/instituições. Neste primeiro contacto foi apresentado e discutido o “Guia Orientador de Estágio” do respetivo contexto, visto que constitui um instrumento orientador das atividades a desenvolver. Em seguida, analisámos a sua pertinência e a exequibilidade das atividades propostas e procedi aos ajustes necessários face às características de cada contexto e às oportunidades de aprendizagem oferecidas.

No primeiro dia, realizou-se uma visita ao espaço físico, com a apresentação aos elementos da equipa presentes, bem como a consulta e análise das normas e

protocolos. Estas atividades facilitaram a integração nos diferentes contextos. A descrição dos diferentes contextos de estágio encontra-se disponível para consulta no apêndice Caracterização dos Contextos de Estágio (Apêndice III).

b) Atividades realizadas no âmbito das competências comuns do Enfermeiro Especialista

Relativamente às competências comuns do enfermeiro especialista segundo o Regulamento nº140/2019 (2019, foram desenvolvidas atividades no âmbito

Da **responsabilidade profissional, ética e legal**, prestando cuidados no cumprimento das normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional. Respeitei e promovi os direitos das crianças e família, de acordo com a Convenção dos Direitos da Criança (2020) e do Código Deontológico dos Enfermeiros (2015), transmiti informações à díade, assegurando o direito à informação, ao dever de sigilo, bem como respeitando a sua cultura, valores e crenças (Instituto de Apoio à Criança, 2020; Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Na **Melhoria Contínua da Qualidade**, procurei em cada contexto identificar necessidades de melhoria e de acordo com as mesmas, implementar ações, com vista a melhorar a qualidade dos cuidados prestados à criança e família. Enquadra-se, neste campo de atuação, a ação de sensibilização, realizada para os enfermeiros, no contexto dos cuidados de saúde primários, para o registo informático da integridade cutânea e intervenções de enfermagem implementadas, para a sua manutenção ou promoção.

Uma atividade não prevista inicialmente, tanto no estágio no Internamento de Pediatria como na Urgência pediátrica, foi “Atualização da Tabela de Preparação e Administração de Antimicrobianos por Via Parentérica” (Apêndice V) para a criança e recém-nascido. Esta tabela tinha sido previamente elaborada por elementos do serviço (dois pediatras) em colaboração com os serviços farmacêuticos com a finalidade de uniformizar a diluição, modo de administração e incompatibilidades

da medicação utilizada mais frequentemente no serviço de pediatria e urgência pediátrica. Esta atualização foi solicitada pela enfermeira orientadora, após ter tido conhecimento da temática do meu projeto. As complicações mais comuns da terapia endovenosa são de origem patológica (situação clínica da criança), mecânicas (relacionadas com o equipamento utilizado e com o enfermeiro que faz a administração da medicação) e químicas (têm a ver com a composição da medicação) (Association of Women's Health & National Association of Neonatal Nurses, 2018; Gorski et al., 2021) . Segundo os mesmos autores, também incluídas nas complicações mecânicas, encontramos o ritmo inadequado de perfusão, a duração da perfusão, bem como o local de colocação do cateter e a fixação do mesmo, bem como o calibre do cateter selecionado e calibre do vaso puncionado ((Association of Women's Health & National Association of Neonatal Nurses, 2018; Gorski et al., 2021). Prontamente aceitei, pois na utilização de cateteres venosos periféricos, as lesões mais comuns são a oclusão e a infiltração, que podem provocar hipoxia nos tecidos e, em situações mais graves podem levar à necrose desses mesmos tecidos (Boyar, 2022; Faria & Kamada, 2018) e, além disso os enfermeiros devem conhecer as características e compatibilidades dos fármacos que utilizam (Borges et al., 2017).

Na UCIN, envolvi os pais durante a prestação dos cuidados, enquadrada na Filosofia dos Cuidados Centrados na Família e no Modelo Integrativo de Desenvolvimento Neonatal. Neste contexto ocorre uma separação precoce entre o recém-nascido e os pais o que interfere no processo de vinculação e na relação entre os pais e o bebé dificultando a formação de relações efetivas (International Council of Nurses, 2019). Durante o estágio, no contexto de neonatologia, as visitas ainda estavam limitadas devido à pandemia de SARSCov2. Foi constatado que na prática, essa restrição obrigava os pais a agendarem a sua visita, o que dificultava ainda mais o contato e a permanência dos pais junto aos seus filhos, acrescentando dificuldades além das já impostas pela hospitalização do bebé.. Esta restrição vem contra o artigo nº2 da Carta da Criança Hospitalizada e, contra o

artigo nº3 da Convenção sobre os direitos da criança (EACH European Association for Children in Hospital, 2017; Instituto de Apoio à Criança, 2020).

Na **gestão dos cuidados**, as atividades desenvolveram-se no acompanhamento da enfermeira orientadora onde observei que a mesma é responsável pela gestão dos cuidados de enfermagem, nomeadamente efetuar a distribuição das crianças e famílias pelos enfermeiros presentes no turno, melhorando a resposta e articulação entre os vários elementos da equipa. Nessa distribuição, teve em consideração o grau de complexidade das situações, o conhecimento que tem das características de cada elemento da equipa, mas ao mesmo tempo, mantendo a continuidade dos cuidados com o enfermeiro de referência. Colaborei com a enfermeira orientadora na referenciação de uma criança com doença crónica para a UPAD, para a continuação dos cuidados no domicílio. Além de colaborar na gestão de recursos humanos, participei igualmente na gestão de materiais, equipamentos e fármacos de modo a adequar os recursos existentes às necessidades de cuidados .

Relativamente às atividades no domínio do **desenvolvimento das aprendizagens profissionais**, a frequência do Curso de Mestrado levou-me a refletir sobre o conhecimento que detinha após 32 anos de experiência em Pediatria e Cuidados Neonatais. Esta situação levou-me a efetuar uma pesquisa (sobre a doença crónica, síndrome de abstinência iatrogénica secundária neonatal), para aprofundamento de conhecimentos e para a tomada de decisão baseada em evidência. Segundo Mlambo e associados (2021) o desenvolvimento profissional contínuo é imprescindível para que os conhecimentos e competências dos enfermeiros se mantenham atualizados de modo a manter os mais elevados padrões de qualidade na prestação de cuidados (Mlambo et al., 2021).

c) Atividades realizadas no domínio das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

No Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE,2015), reconhece-se o enfermeiro especialista, como o profissional que detém “(...) competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.99). O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, mobiliza recursos, para cuidar da criança/jovem e família em situações de particular exigência e complexidade (Regulamento no 422/2018, 2018). Este objetivo teve especial primazia nos contextos de Internamento Pediátrico, de Urgência Pediátrica e Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.

Assiste a criança, o jovem e a família, na maximização da sua saúde - Segundo o Dec. Lei nº 28/2008, os cuidados de saúde primários são o pilar central do sistema de saúde e, “os centros de saúde constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação dos cuidados de saúde, assumindo importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados”(Decreto-Lei nº 28/2008, 2008, p.1182). método de trabalho é por enfermeiro de família. Segundo o Dec. Lei nº118/2014 o enfermeiro de família “é o profissional de enfermagem que, integrado na equipa multiprofissional de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade” ((Decreto-Lei no118/2014, 2014, p. 4070). Presta cuidados ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, promovendo a capacitação da família, privilegiando as áreas da educação e promoção da saúde, prevenção da doença, deteção precoce de doenças transmissíveis, gestão da doença aguda e crónica e da visita domiciliária (Decreto-Lei no118/2014, 2014). O conhecimento sobre a estrutura, função e processos de cada família permite que o enfermeiro de família otimize e preste cuidados de enfermagem individualizados, adaptados à singularidade de cada sistema familiar

(Kaakinen et al., 2018), através da implementação de cuidados antecipatórios (Direção-Geral da Saúde, 2013). De acordo com o 4º Inquérito Nacional de Saúde, os cuidados de saúde primários (CSP) são a primeira escolha para a vigilância de saúde das crianças, pelo que assumem um papel fundamental na vigilância da saúde e rastreio de doenças e das perturbações do comportamento e desenvolvimento infantil. O Programa Nacional de Saúde Infantil e Pediatria (2013) tem como principais objetivos a identificação e o apoio a crianças com necessidades especiais, em risco ou vulneráveis, promover a capacitação dos pais na prestação dos cuidados, reduzindo as restrições de acesso aos serviços de saúde (Direção-Geral da Saúde, 2013).

A consulta de vigilância de saúde infantil e pediátrica enquadra-se no Programa Nacional de Saúde Infantil e Pediátrica (2013) e, é efetuada a todas as crianças dos 0-18 anos e suas famílias de acordo com a calendarização preconizada pelo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013). Durante as consultas foram seguidos como orientação os quadros de exames a realizar e de orientação antecipatória que constam no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013) para cada consulta de acordo com a idade chave, individualizando e adequando os cuidados a cada criança e família. As idades chave coincidem com os marcos de desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo e emocional e escolaridade. Este programa recomenda a realização de seis consultas no 1º ano de vida; uma aos 12, 15 e 18 meses. Até aos 8 anos de idade recomenda a realização de uma consulta por ano, podendo ser realizada uma consulta suplementar aos 6-7 anos. Dos 10-18 anos preconiza a realização de 3 consultas. No entanto estas idades não são rígidas, se uma criança se deslocar ao centro de saúde por outros motivos, antes ou depois da idade chave e, caso a situação clínica o permita, dever-se-á realizar a consulta indicada para essa idade (Direção-Geral da Saúde, 2013). Com a supervisão da enfermeira orientadora, realizei consultas a crianças e famílias em diferentes estádios de desenvolvimento, tendo refletido sobre a consulta realizada a uma criança com 9 meses, fazendo a articulação entre o PNSIJ e as orientações da Academia Americana de Pediatria que constam no documento Bright Futures

(Apêndice VII). De forma a maximizar o potencial de desenvolvimento da criança e do jovem (Regulamento nº 422/2018, 2018). Efetuei a avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, bem como a transmissão de orientações antecipatórias às famílias, adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança observada. Para tal, consultei o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013), o The Bright Futures Guidelines (2017) e o Programa Nacional de Vacinação (2020). Neste contexto tive ainda oportunidade de participar nas atividades de vacinação decorrentes do Programa Nacional de Vacinação (2020). Durante a infância, a administração de vacinas é a principal causa de dor iatrogénica, sendo uma preocupação dos profissionais de saúde e dos clientes (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, 2021). Durante a administração de vacinas implementei estratégias de gestão da dor e do stress. Comecei por dialogar com a criança no sentido de perceber como tinham sido as experiências anteriores de vacinação, e explicar o procedimento que iria efetuar, nomeadamente o que iria ouvir, ver e sentir. Nas crianças até um ano de idade foi utilizada a amamentação, uma vez que reduz o stress e a ansiedade e, o contato pele com pele (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, 2021). As crianças com idade superior a 3 anos foram posicionadas ao colo da mãe, sem imobilização forçada (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, 2021). Em todas as idades procurei distrair a crianças seja com brinquedos seja conversando com ela. No final da administração da vacina elogiei as crianças sobre a forma como tinha colaborado e portado durante a administração da vacina (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, 2021).

Cuida da criança, do jovem e família nas situações de especial complexidade

-No internamento de pediatria, as intervenções de enfermagem situam-se ao nível da intervenção secundária. (Neuman & Fawcett, 2011)este contexto foi possível aprofundar conhecimentos sobre a criança portadora de doença crónica e sua família refletindo sobre o seu impacto no desenvolvimento da criança e no funcionamento familiar. Foi ainda possível refletir sobre as necessidades para a promoção da integridade cutânea em crianças com alterações da mobilidade

(Apêndice IV). Durante este período de estágio, acompanhei algumas crianças hospitalizadas com doenças crônicas, nomeadamente uma criança com Síndrome de Rett, patologia para mim até então desconhecida, motivo pelo qual elaborei um estudo de caso (Apêndice IV). No acompanhamento desta criança e da sua mãe foquei-me no desenvolvimento das competências de comunicação (Regulamento no 422/2018, 2018) uma vez que a comunicação tinha de ser efetuada com contato visual, utilizando uma linguagem simples, por vezes tinha de insistir para obter uma resposta, que no caso da B. seria um sorriso ou um gesto. Com o apoio da mãe, que me descodificou os sons e gestos que a B. fazia, fui comunicando e brincando com a B., o que proporcionou à mãe a possibilidade de se ausentar por momentos do cuidado de forma a ter períodos de descanso. Devido à sua patologia este não era o primeiro internamento nesta unidade, pelo que o meu relacionamento com esta díade foi facilitado pela enfermeira orientadora que nos apresentou referindo o motivo pelo qual estava a realizar um estágio no serviço, bem como efetuar a administração de medicamentos e alimentação pela gastrostomia endoscópica percutânea (PEG). Foi ainda possível acompanhar esta criança e família após a alta, através das visitas da equipa da UPAD (Unidade Pediátrica de Assistência Domiciliária). Esta atividade permitiu-me constatar como a mãe adaptou a divisão onde a B se encontrava durante o dia e qual o material de apoio de que dispunha para alimentar, posicionar e proteger a pele, assim como procedia à prestação de cuidados no domicílio. Além disso constatei a importância do papel do enfermeiro especialista ao capacitar a mãe para a resolução de problemas, tornando-a assim mais autónoma e independente, bem como a B. se encontrava mais calma e sorridente ao se encontrar num espaço que lhe era familiar.

Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem - Na urgência pediátrica, as intervenções de enfermagem situam-se ao nível da intervenção secundária (Neuman & Fawcett, 2011). A triagem das crianças é efetuada por um dos enfermeiros que se encontra no posto de triagem. Ao colaborar com a enfermeira

orientadora nesta avaliação, deparei-me pela primeira vez com o sistema de triagem pediátrico, tendo tido necessidade de efetuar uma pesquisa sobre o tema (Apêndice III), tendo constatado da sua dificuldade de aplicação aos utentes pediátricos, onde por vezes é difícil escolher qual o discriminador mais adequado à situação descrita pelos pais.

Segundo a enfermeira auditora do sistema de Triagem de Manchester os principais discriminadores que motivaram a vinda ao serviço de urgência no ano de 2021, surge a dor, a febre, vómitos, diarreia, dispneia, tosse, entre outros. Na Triagem de Manchester a escala utilizada para a avaliação da dor é a escala numérica. No entanto, é efetuada a avaliação da dor nos vários escalões etários, convertendo a sua avaliação para a escala numérica e, de acordo com o valor obtido os enfermeiros têm autonomia para, além de medidas não farmacológicas, utilizarem medidas farmacológicas, que se encontram protocoladas para o serviço de pediatria/urgência pediátrica. Sendo a minimização da dor um dos princípios dos cuidados não traumáticos, perante a necessidade de realizar um procedimento invasivo preparei antecipadamente a criança e os pais. Sempre que foi necessário realizar um procedimento doloroso, em colaboração com a enfermeira orientadora, e, recorrendo a estratégias e linguagem apropriada, ao estágio de desenvolvimento da criança explicámos à criança ou jovem e aos seus pais, a necessidade de o efetuar bem como este seria realizado. Nas situações de dor ligeira e procedimentos dolorosos rápidos, favoreci as intervenções não-farmacológicas (distração através do diálogo ou recorrendo a um brinquedo, além do apoio dado pelo acompanhante), pois além de reduzirem o medo e a ansiedade, apresentam a vantagem de promover a autonomia da criança/pais, aumentando o sentimento de controlo da dor. Além disso, são medidas não invasivas, seguras, económicas que podem facilmente ser apreendidas pelos pais e aplicadas no domicílio (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, 2018; Ordem dos Enfermeiros, 2013). No alívio da dor, além de “Aplicar conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor” (Regulamento no 422/2018, 2018), devemos considerar o brincar como parte integrante das nossas

intervenções, uma vez que o brincar e a brincadeira são tão importantes como a administração da medicação como a realização de exames clínicos (L. Santos, 2006). Também a Ordem dos Enfermeiros (2013, p. 36) ressalta a importância do brincar como uma estratégia de "...comunicação terapêutica, composta por diferentes técnicas que ajudam na transmissão de informações verdadeiras, em linguagem adequada ao desenvolvimento cognitivo e intelectual da criança/adolescente" (Ordem dos Enfermeiros, 2013; Regulamento no 422/2018, 2018).

Em relação às alterações da integridade da pele, durante o período de estágio constatei que o principal problema estava relacionado com as lesões cutâneas provocadas por incontinência associada ao desenvolvimento, sobretudo com o uso de fraldas e nas situações em que as crianças apresentavam alterações da eliminação intestinal, nomeadamente nos casos de diarreia. Efetuei orientações antecipatórias para prevenção do seu aparecimento, nomeadamente referindo que os cuidados de higiene deveriam ser efetuados com o auxílio de uma esponja macia e sem friccionar, bem como da aplicação de um creme barreira para proteger a região nadegueira, referindo que o creme não deve ser totalmente retirado aquando da higiene devendo-se apenas retirar o que se encontra sujo com fezes utilizando movimentos suaves (Association of Women's Health & National Association of Neonatal Nurses, 2018) .

Na UCIN, a principal preocupação centrou-se na transição para a parentalidade e na promoção da vinculação face aos desafios apresentados por este contexto específico. As intervenções desenvolvidas situaram-se aos diferentes níveis de prevenção (Neuman & Fawcett, 2011): a) prevenção primária porque os cuidados antecipatórios são fundamentais na capacitação e empoderamento dos pais na transição para a parentalidade ;b) prevenção secundária porque a família está sujeita a vários stressores associados à situação clínica do recém-nascido e ao ambiente da UCIN; d) prevenção terciária porque a família necessita de se adaptar à situação clínica do recém-nascidos ou de apoio nos processos de luto (Neuman & Fawcett, 2011)

Os problemas de saúde no recém-nascido de alto risco, as suas implicações no crescimento e desenvolvimento, problemas potenciais ou reais de alterações da integridade cutânea bem como as intervenções desenvolvidas para promover a integridade cutânea foram alvo da minha atenção. A pesquisa efetuada, associada à partilha de experiências e observação das práticas junto dos enfermeiros especialistas, possibilitou a aquisição de competências relacionadas com a gestão diferenciada da dor e terapêutica utilizada para controle da síndrome de abstinência iatrogénica secundária. Apesar de já ter tido contato com recém-nascidos que apresentavam síndrome de privação neonatal, este era principalmente por serem filhos de mãe toxicodependentes. Durante o período de estágio tive, pela primeira vez contato com um recém-nascido que apresentava síndrome de privação neonatal, mas por interrupção ou diminuição de drogas psicoativas administradas há muito tempo ou em altas doses, que apresentava períodos frequentes de choro intenso e irritabilidade. Segundo Klein e associados (2022), os recém-nascidos a quem foram administradas doses elevadas de opioides ou benzodiazepínicos, por um período superior a 72 horas, apresentam um risco elevado de desenvolver síndrome de abstinência (Klein et al., 2022) e, a quem foram suspensas a sua administração (I. N. dos Santos, 2022). Os pais deste bebé estavam presentes entre as 9h e as 15h colaborando na prestação dos cuidados com a mudança da fralda, durante os cuidados de higiene mas principalmente o contato pele com pele, o que auxiliava a controlar os períodos de agitação (apesar da administração de terapêutica para controle da síndrome de abstinência) até ao momento de nova administração de terapêutica em SOS. Este período em que os pais estavam presentes proporcionava a oportunidade de estabelecer com eles um plano de colaboração de prestação de cuidados promotor da parentalidade. Para avaliação da síndrome de abstinência apliquei a escala de Finnegan e, de acordo com o resultado obtido era administrada medicação analgésica.

Como foi o primeiro contato que tive com este síndrome realizei uma reflexão sobre a gestão diferenciada da dor e do bem-estar, no recém-nascido, bem como

sobre a síndrome de abstinência iatrogénica secundária, que apresento no Apêndice VI.

O recém-nascido hospitalizado, é submetido a numerosos procedimentos invasivos e dolorosos, alguns dos quais inevitáveis. Atendendo aos princípios dos Cuidados Não Traumáticos, procurei promover o conforto e o bem-estar do recém-nascido e família, implementando estratégias não farmacológicas e farmacológicas no controlo e minimização da dor relacionada com os procedimentos, como a massagem terapêutica, o colo, a presença dos pais e o contacto pele a pele, a sucção não nutritiva, a amamentação e a utilização da sacarose a 24% (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, 2018, 2020; Direção-Geral da Saúde, 2012; Hatfiel et al., 2019; Ordem dos Enfermeiros, 2013).

As crianças são referenciadas para a consulta de desenvolvimento devido a perturbações do desenvolvimento, nomeadamente identificadas a partir da aplicação dos testes de rastreio ou porque, são portadoras de uma condição de saúde que acarreta riscos para o desenvolvimento e que justifica um acompanhamento mais próximo e atento. A prematuridade e as doenças crónicas, que implicam muitas vezes longos períodos de hospitalização, constituem por si só fatores de risco para o desenvolvimento da criança, numa sociedade em que a evolução tecnológica e científica conduziu à sobrevida de crianças com doenças graves e incapacitantes, às quais está frequentemente associado um aumento da morbilidade (Lehner & Sadler, 2015; C. de Oliveira et al., 2016). A identificação precoce de alterações no desenvolvimento, com vista a um diagnóstico atempado e à intervenção precoce, visa potenciar a plasticidade cerebral e, produzir melhores resultados (Correio, 2020). O rastreio regular do desenvolvimento permite detetar alterações em idades mais precoces e, assim implementar antecipadamente intervenções adequadas, minimizando as sequelas a longo prazo (Correio, 2020). As perturbações do neuro desenvolvimento tendem a causar alterações negativas no desempenho das tarefas diárias e escolares, com repercussões a nível emocional e comportamental da criança (Merck & McElfresh, 2019b). Podem ainda surgir perturbações na relação com os pares e com os pais,

bem como alterações na dinâmica familiar, baixa auto estima, repercussões económicas, entre outras (Correio, 2020). Numa perspetiva de Cuidados Centrados na Família, Lopes & Pereira (2019) falando dos cuidados à criança com doença rara sugere que é essencial haver um conhecimento das capacidades da própria criança e dos seus cuidadores e que através deste diagnóstico se possa integrar os mesmos como membros efetivos da equipa dos cuidados desde o primeiro momento (Lopes & Pereira, 2019). Cumpre-se assim o princípio da participação da pessoa e sua família no processo de cuidados (Lopes & Pereira, 2019). A avaliação do crescimento infantil foi observada em todas as consultas de enfermagem através da utilização dos índices antropométricos e curvas de crescimento do Boletim de Saúde Infantil e Juvenil. De acordo com Vitrikas & Savard (2017), a preocupação e a vigilância dos pais por si só são muitas vezes inadequadas para identificar as alterações do desenvolvimento das crianças que têm fatores de risco, surgindo daí a necessidade de implementar instrumentos de avaliação do desenvolvimento (Vitrikas & Savard, 2017) No entanto é importante valorizar as queixas/preocupações dos pais, que são, frequentemente, fundamentadas (Pinto, 2009) Algumas destas crianças são acompanhadas pelas Equipas locais de Intervenção (ELI) do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI). O SNIPI, visa promover condições facilitadoras do desenvolvimento das crianças com funções ou estruturas do corpo que limitam o crescimento pessoal e social, assim como das crianças com risco grave de atraso no desenvolvimento. Para alcançar estes objetivos, existem as ELI, responsáveis por identificar as crianças e famílias elegíveis para o SNIPI e elaborar e executar o Plano individual da Intervenção Precoce (PIIP) em função do diagnóstico da situação (Decreto-Lei no281/2009, 2009). Neste âmbito, testemunhei a articulação que se estabelece entre os profissionais das ELI, os pais e a equipa hospitalar, constituída por pediatra, enfermeira e psicóloga. As medidas implementadas em conjunto além de melhorarem as oportunidades de aprendizagem da criança, promovem as competências dos cuidadores. O plano de cuidados é instituído de forma individualizada para dar resposta às necessidades identificadas e, onde todas as

intervenções são planeadas em conjunto por todos os intervenientes (Decreto-Lei nº281/2009, 2009; Lopes & Pereira, 2019).

Segundo Vitrikas & Savard (2017), as crianças que receberam serviços de intervenção precoce experimentam melhorias no desempenho cognitivo e académico e se envolvem menos em comportamentos de risco, como uso de álcool, tabaco e drogas e atividade sexual de alto risco (Vitrikas & Savard, 2017). Além do encaminhamento para consultas de desenvolvimento e intervenção precoce deve ser efetuada uma avaliação detalhada do desenvolvimento em tempo (Vitrikas & Savard, 2017). Durante a participação nas consultas de desenvolvimento tive a oportunidade de colaborar na aplicação escalas de desenvolvimento infantil, nomeadamente a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada que, permite conhecer melhor os “parâmetros normais do desenvolvimento”. Estes testes servem como um padrão de comparação, mas é fundamental compreender que cada criança tem o seu próprio ritmo de desenvolvimento, independentemente da sua idade. Com o intuito de comunicar com a criança, senti a necessidade de recorrer ao brincar terapêutico.

c) Atividades realizadas no domínio das Competências Gerais de Mestre

Decreto-Lei nº 74/2006 e alterado pelo Decreto-Lei nº65/2018 definem as competências gerais de mestre: deve possuir conhecimentos e capacidades de compreensão, sustentadas nos conhecimentos adquiridos, desenvolvidos e aprofundados, que sirvam de base para a resolução de problemas em situações novas e/ou complexas, partilhando o seu conhecimento e raciocínio utilizados (Decreto-Lei nº 65/2018, 2018; Decreto-Lei nº 74/2006, 2006)

Ao longo do percurso formativo e, com o apoio das enfermeiras orientadoras, considero que as atividades desenvolvidas contribuíram para o desenvolvimento de competências na:

Liderança e gestão em enfermagem - É função do enfermeiro responsável de turno/equipa, efetuar a distribuição das crianças e famílias pelos enfermeiros da sua equipa. Nessa distribuição, o conhecimento de cada enfermeiro em relação aos clientes e, o grau de complexidade das situações, são alguns dos fatores que a enfermeira orientadora teve em consideração neste processo. Enquanto líder, influencia a equipa na prestação direta dos cuidados e consegue mudar comportamentos e atitudes através da supervisão e transmissão de conhecimentos. Além da gestão de recursos humanos, observei e colaborei na gestão de stocks de materiais e fármacos, necessários para garantir a prestação de cuidados seguros.

Avaliação e intervenção em situações de saúde de especial complexidade - Com o apoio e orientação da enfermeira orientadora e, restantes elementos das equipas dos vários campos de estágio, tive a oportunidade de realizar uma observação participante relativamente ao modo de executar determinados cuidados de enfermagem, tendo auxiliado e observado procedimentos diferentes aos praticados no meu local de trabalho (principalmente a recém-nascidos pré-termo com idade gestacional inferior a trinta semanas), sendo a prematuridade a principal causa de internamento, bem como aprofundei a temática da doença crónica e o seu impacto no desenvolvimento da criança e nos problemas potenciais ou reais de alterações da integridade cutânea bem como as intervenções desenvolvidas para promover a integridade cutânea.

Investigação em saúde - Ao longo de todo o percurso formativo, tive necessidade de efetuar pesquisas bibliográficas com recurso a bases de dados como a CINAHL e a MEDLINE, assim como ao motor de busca Google Académico e à consulta de obras de autores de referência. A utilização do programa de gestão de referências bibliográficas Mendeley, facilitou a construção das referências bibliográficas.

Educação e formação em enfermagem - no contexto dos cuidados de saúde primários, e em conjunto com a enfermeira orientadora, foi efetuada, uma sensibilização aos enfermeiros daquela ala do centro de saúde, para o registo informático da avaliação da integridade cutânea e das intervenções de enfermagem implementadas, para a sua manutenção ou promoção. Após a mesma, sempre que constatava que uma criança apresentava alterações da integridade da pele, era levantada o foco correspondente e selecionadas as intervenções adequadas à situação identificada e programada a sua reavaliação para a próxima consulta.

Comunicação e relacionamento interpessoal - Tive oportunidade de desenvolver a comunicação com a criança e família de forma apropriada ao seu estágio de desenvolvimento, e à sua cultura, explicando-lhes os procedimentos a efetuar e esclarecendo as suas dúvidas, criando assim um ambiente seguro.

4. CONTRIBUTOS DAS ATIVIDADES PARA O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETENCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E DE MESTRE

Neste capítulo irei descrever, de forma resumida as competências adquiridas ao longo do percurso formativo.

Nos diferentes contextos de estágio aprofundei conhecimentos através da observação participante e das reflexões efetuadas.

Responsabilidade profissional, ética e legal – Prestei cuidados seguindo as normas e regulamentos para a profissão de enfermagem, respeitando a cultura, valores e crenças da criança e família.

Melhoria Contínua da Qualidade – Procurei em cada contexto de estágio identificar necessidades de melhoria e, implementar ações que lhes dessem resposta.

Ao nível dos CSP realizei, de modo informal, para os enfermeiros, uma ação de formação sobre como efetuar o registo informático da integridade cutânea e as intervenções de enfermagem implementadas para a sua manutenção e promoção. No final do período de estágio e, sempre que uma criança apresentava uma alteração da integridade cutânea, levantava-se o foco “úlceras de pressão” e eram selecionadas as intervenções de enfermagem adequadas à situação e, programada a sua reavaliação para uma próxima consulta.

Também no serviço de internamento pediátrico e urgência pediátrica procedi à atualização da “Tabela de Preparação e Administração de Antimicrobianos por Via Parentérica”, para a criança e recém-nascido. Procedi assim, em conjunto com os serviços farmacêuticos, à elaboração de uma diretriz que serve de guia para a

diluição e administração de terapêutica endovenosa, contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados através da criação de um ambiente terapêutico seguro.

Gestão dos cuidados - Colaborei com as enfermeiras orientadoras na distribuição da crianças/famílias pelos enfermeiros presentes durante o turno, mantendo sempre que possível o enfermeiro de referência. Colaborei com a enfermeira orientadora na referenciação de uma criança com doença crónica para a UPAD. Além de colaborar na gestão de recursos humanos, participei igualmente na gestão de materiais, equipamentos e fármacos de modo a adequar os recursos existentes às necessidades de cuidados .

Desenvolvimento das aprendizagens profissionais - Durante o período de estágio contactei com crianças portadoras de doença crónica, bem como com um recém-nascido com síndrome de abstinência iatrogénica secundária neonatal, duas situações que me levaram a efetuar uma pesquisa de modo que os cuidados prestados fossem alicerçados em evidência científica.

Cuida da criança, do jovem e família nas situações de especial complexidade - ambas as situações acima referidas, levaram a que mobilizasse conhecimentos com vista à identificação de situações de instabilidade. Foram assim aplicadas escalas de avaliação da dor adaptadas ao estágio de desenvolvimento, escala de Finnegan para a avaliação da abstinência neonatal e a escala de avaliação do risco de lesão da pele do neonato.

Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem - Nos CSP, as atividades desenvolvidas nas consultas de saúde infantil e juvenil, proporcionaram a aplicação da escala de avaliação do desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada e, a realização de orientações antecipatórias , de modo a capacitar as famílias para a realização de atividades promotoras do desenvolvimento das suas crianças.

Em todos os domínios os problemas reais ou potenciais de alteração da integridade cutânea, foram alvo de intervenções implementadas para lhes dar resposta.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso formativo ao longo dos vários contextos de estágio permitiu-me o contato com realidades diferentes e únicas, o que me proporcionou o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista, Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, assim com as de grau de mestre.

A hospitalização da criança, consiste numa experiência habitualmente difícil e complexa para a criança, mas também para os pais. Neste contexto, a manutenção da integridade cutânea altera-se, surgem mudanças e emergem necessidades de promoção da integridade da pele relacionadas com a hospitalização da criança.. Neste sentido, procurei conhecer os recursos existentes nos diversos contextos hospitalares, que me permitissem desenvolver cuidados de enfermagem à criança e família, numa valorização da manutenção e promoção da integridade cutânea. Os enfermeiros com os quais tive a satisfação de colaborar e aprender, têm a preocupação de atender aos princípios dos CCF e promover recursos para manter a integridade cutânea. Durante o período de estágio, recorri a competências comunicacionais para satisfazer as necessidades da criança e da família. A conjugação destas competências com os saberes teóricos e práticos adquiridos, estimularam a qualidade dos cuidados prestados.

Cada contexto de estágio, exigiu uma atualização do conhecimento, de modo a desenvolver uma prática baseada na melhor evidência científica disponível.

Foi exigente a conciliação entre a vida pessoal, familiar, profissional e académica, que resultou em desgaste pessoal, mas que foi ultrapassado de forma construtiva, através da minha dedicação, pela disponibilidade das várias equipas multidisciplinares que contatei e, pela orientação da professora.

Após o término deste percurso formativo, é a altura de pensar nos projetos futuros, a fim de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados. Assim,

considero importante a implementação de uma avaliação da pele específica para o recém-nascido.

- Realização de ações de formação para a apresentação da Escala de Observação do Risco de Lesão da Pele em Neonatos (NSRAS);
- Realizar um inquérito aos colegas para saber a sua opinião sobre a sua implementação no serviço.

Referências Bibliográficas

- Altimier, L. B., & Phillips, R. M. (2020). Neuroprotective Interventions . In C. Kenner, L. B. Altimier, & M. V. Boykova (Eds.), *Comprehensive neonatal nursing care* (6ª, pp. 963–979). Springer Publishing Company.
- Altimier, L., & Phillips, R. (2016). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Advanced Clinical Applications of the Seven Core Measures for Neuroprotective Family-centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 16(4), 230–244. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2016.09.030>
- Altimier, L., & Phillips, R. M. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 13(1), 9–22. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2012.12.002>
- Alves, M. dos S. I. (2016). O cuidado diferenciado da enfermagem com a pele do neonato na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde* , 3(3), 92–100.
- Araújo, B. B. M. de, Esteves, S. X., Cardoso, E. da S., Meirelles, J. N. de L. de, & Dias, C. M. de B. (2012). Nursing and skin care(less) of premature. *R. Pesq.: Cuid. Fundam. Online* , 4(3), 2679–2691.
- Aredes, N. D. A., Santos, R. C. de A., & Fonseca, L. M. M. (2017). Cuidados com a pele do recém-nascido prematuro: revisão integrativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 19. <https://doi.org/10.5216/ree.v19.43331>
- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. (2018). *Desenhos da minha dor* (1ª).
- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. (2021). *Recomendações da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor para o Controlo da Dor na Vacinação Pediátrica: Linhas Orientadoras para a Prática Clínica*.
- Association of Women’s Health, O., & National Association of Neonatal Nurses. (2018). *Neonatal skin care : evidence-based clinical practice guideline* (4ª).
- August, D., Chapple, L., Flint, A., Macey, J., Ng, L., & New, K. (2021). Facilitating neonatal MARSİ evidence into practice: Investigating multimedia resources with Australian Neonatal Nurses – A participatory action research project. *Journal of Neonatal Nursing*, 27(4), 291–297. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2020.12.001>
- August, D. L., New, K., Ray, R. A., & Kandasamy, Y. (2018). Frequency, location and risk factors of neonatal skin injuries from mechanical forces of pressure, friction, shear and stripping: A systematic literature review. In *Journal of*

Neonatal Nursing (Vol. 24, Issue 4, pp. 173–180). Elsevier Ltd.

<https://doi.org/10.1016/j.jnn.2017.08.003>

Aviso n.º 3918/2021. (2021).

Programa formativo que integra o ciclo de estudos do curso de mestrado que visa o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário Da República, 2ª Série, 43(Parte E), 260–265.*

Barreto, N. da S., & Jalil, S. M. A. (2018). Cuidados com a pele: Prevenção e Cuidados com a Pele do Recém Nascido. *AEMS Rev. Conexão Eletrônica-Três Lagoas, MS, 15(1).*

Borges, C. L., Leite, S. F. P., Alcântara, R. K. L. de, Cavalcante, M. L. S. N., Rocha, V. D. A., Vasconcelos, M. G. F., & Chaves, E. M. C. (2017). Nursing Practices In Intravenous Therapy In Newborns: An Integrative Review. *International Archives of Medicine, 10.* <https://doi.org/10.3823/2497>

Boswell, N., & Waker, C. L. (2016). Comparing 2 Adhesive Methods on Skin Integrity in the High-Risk Neonate. *Advances in Neonatal Care, 16(6), 449–454.* <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000333>

Boyar, V. M. (2022). Neonatal Wound Care. In *Neonatal and Pediatric Wound Care* (pp. 27–39). Edizioni Minerva Medica.

Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2018). *Nursing Interventions Classification (NIC) (7ª)*. Elsevier.

Cabete, D. (2022). Empowerment: A Chave para a Concretização do Projeto de Saúde do Cliente e para a Promoção do seu Potencial de Saúde. In E. M. Henriques (Ed.), *O Cuidado Centrado no Cliente, da apreciação à intervenção de enfermagem* (pp. 243–255). Sabooks - Lusodidacta.

Carvalho, V. O., Markus, J. R., Abagge, K. T., Giraldo, S., & Campus, T. B. (2015). Consenso de cuidado com a pele do recém-nascido. *Manual Sociedade Brasileira de Pediatria, 1–56.* <http://sobende.org.br/pdf/publication.pdf>

Cheng, B., Tian, J., Peng, Y., & Fu, X. (2019). Iatrogenic wounds: A common but often overlooked problem. In *Burns and Trauma* (Vol. 7). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1186/s41038-019-0155-2>

Correio, S. F. A. (2020). A importância da vigilância do neurodesenvolvimento na consulta de saúde infantil e juvenil em Portugal. *Revista Portuguesa de Clínica Geral, 36(2), 215–220.* <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v36i2.12501>

Coughlin, M., Gibbins, S., & Hoath, S. (2009). Core measures for developmentally supportive care in neonatal intensive care units: Theory, precedence and

- practice. *Journal of Advanced Nursing*, 65(10), 2239–2248.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05052.x>
- Decreto-Lei n.º 28/2008. (2008). Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. *Diário Da República*, 1ª série(nº 38).
<https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675>
- Decreto-Lei n.º 65/2018. (2018). Competências Grau Mestre. *Diário Da República*, 1ª série(157), 4147–4182.
<https://files.dre.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>
- Decreto-Lei n.º 74/2006. (2006). Lei de bases do sistema educativo. *Diário de República*, 1ª Série(60).
- Decreto-Lei n.º118/2014. (2014). Estabelece os princípios e o enquadramento da atividade do enfermeiro de família no âmbito das unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, nomeadamente nas Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados. *Diário Da República*, 1.ª série(N.º 149), 4069–4071. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/118/2014/08/05/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei n.º281/2009. (2009). Cria o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância. *Diário Da República*, 1ª série(193), 7298–7301.
<https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/281-2009-491397>
- Dias, M. S., Ribeiro, S. N. S., Walt, C. M. R. F., & Cabral, L. A. (2016). Atuação do enfermeiro no cuidado ao recém-nascido: proposta de um novo processo de trabalho. *R. Enferm. Cent. O. Min.*, 1930–1944.
- Dicionário da Língua Portuguesa. Academia das Ciências de Lisboa. (n.d.). *Integridade*. Retrieved November 16, 2023, from <https://dicionario.acad-ciencias.pt/pesquisa/?word=integridade>
- Direção-Geral da Saúde. (2011). Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). *Orientação*, 17, 1–10. www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb3.pdf.
- Direção-Geral da Saúde. (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias). *Orientação N.º 024/2012*, 01–11.
www.dgs.pt
- Direção-Geral da Saúde. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. *Norma*, 10, 1–121. www.dgs.pt
- EACH European Association for Children in Hospital. (2017). *Anotações à Carta da Criança Hospitalizada*. www.each-for-sick-children.org

- Faria, T. F., & Kamada, I. (2018). Lesiones de la piel en neonatos en cuidados intensivos neonatales. *Enfermeria Global*, 17(1), 220–228.
<https://doi.org/10.6018/eglobal.17.1.273671>
- Feitosa, A. da R. S., Fontinele, L. F., Santiago, A. K. C., Oliveira, L. de A. M., & Costa, G. de S. (2018). Cuidados de enfermagem na prevenção de lesões de pele em recém-nascidos prematuros: revisão integrativa. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research-BJSCR BJSCR*, 22 (1), 22(1), 2317–4404.
<http://www.mastereditora.com.br/bjscr>
- Fisher, K. (2019). The high-risk newborn and family. In M. J. Hockenberry, D. Wilson, & C. C. Rodgers (Eds.), *Wong's nursing care of infants and children* (11^a, pp. 270–337). Elsevier.
- Franck, L. S., Quinn, D., & Zahr, L. (2000). Effect of Less Frequent Bathing of Preterm Infants on Skin Flora and Pathogen Colonization. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 29(6), 584–589.
<https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2000.tb02071.x>
- Giuffrida, S., Silano, V., Ramacciati, N., Prandi, C., Baldon, A., & Bianchi, M. (2023). Teaching strategies of clinical reasoning in advanced nursing clinical practice: A scoping review. *Nurse Education in Practice*, 67, 1–17.
<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2023.103548>
- Gorski, L. A., Hadaway, L., Hagle, M. E., Broadhurst, D., Simon, C., Kleidon, T., Meyer, B. M., Nickel, B., Rowley, S., Sharpe, E., & Alexander, M. (2021). Infusion Therapy Standards of Practice. *Infusion Nurses Society*, 44(4).
www.ins1.org
- Hatfiel, L. A., Murphy, N., Karp, K., & Palomano, A. (2019). A Systematic Review of Behavioral and Environmental Interventions for Procedural Pain Management in Preterm Infants. *Journal of Pediatric Nursing*, 44, 22–30.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.10.004>
- Hockenberry, M. J. (2019). Perspectives of Pediatric Nursing. In M. J. Hockenberry, D. Wilson, & C. C. Rodgers (Eds.), *WONG'S NURSING CARE OF INFANTS AND CHILDREN* (11^a, pp. 1–1427). ELSEVIER.
- Institute for Patient-and Familie-centered Care. (2020). *Patient- and Family-Centered Care Defined*. em Patient- and Family- Centered Care Defined (ipfcc.org)
- Instituto de Apoio à Criança. (2020). *Convenção sobre os Direitos da Criança*.
www.freepik.com
- International Council of Nurses. (2019). *CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*.

- Jani, P., Mishra, U., Buchmayer, J., Maheshwari, R., D'Çruz, D., Walker, K., Gözen, D., Lowe, K., Wright, A., Marceau, J., Culcer, M., Priyadarshi, A., Kirby, A., Moore, J. E., Oei, J. L., Shah, V., Vaidya, U., Khashana, A., Godambe, S., ... Satardien, M. (2023). Global variation in skin injuries and skincare practices in extremely preterm infants. *World Journal of Pediatrics*, 19(2), 139–157. <https://doi.org/10.1007/s12519-022-00625-2>
- Kaakinen, J. R., Coehlo, Deborah Padgett, Steele, R., & Robinson, M. (2018). *Family Health Care Nursing: Theory, Practice, and Research* (F. A. Davis Company, Ed.; 6th ed.).
- Klein, K., Pereira, J. S., Curtinaz, K. A. L. J., Jantsch, L. B., Souza, N. S. de, & Carvalho, P. R. A. (2022). Estratégias para manejo e prevenção da síndrome de abstinência em pacientes pediátricos críticos: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 34(4), 507–518. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20220145-pt>
- Lawson, T. G. (2014). Systems Model. In M. R. Alligood (Ed.), *Nursing Theorists and their Work* (8ª, pp. 281–302). Elsevier.
- Lehner, D. C., & Sadler, L. S. (2015). Toddler developmental delays after extensive hospitalization: primary care practitioner guidelines. *From: Pediatric Nursing*, 41(5).
- Lopes, M., & Pereira, C. (2019). Processo de Cuidados à Pessoa com Doença Rara. In P-BIO - Associação Portuguesa de Bioindustrias (Ed.), *Livro Branco das doenças raras e dos medicamentos Órfãos em Portugal* (pp. 155–176). <http://hdl.handle.net/10174/27443>
- Lund, C. H., Osborne, J. W., Kuller, J., Lane, A. T., Lott, J. W., & Raines, D. A. (2001). Neonatal skin care: clinical outcomes of the AWHONN/NANN evidence-based clinical practice guideline. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses and the National Association of Neonatal Nurses. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN / NAACOG*, 30(1), 41–51. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2001.tb01520.x>
- Martins, C. O. A., & Curado, M. A. dos S. (2017). Observation Neonatal Skin Risk Assessment Scale: statistical validation with newborns. *Revista de Enfermagem Referencia*, 4(13), 43–52. <https://doi.org/10.12707/RIV16082>
- Merck, T., & McElfresh. (2019). Family-Centered Care of the Child During Illness and Hospitalization. In M. Hockenberry, D. Wilson, & C. C. Rodgers (Eds.), *Wong's Nursing care of infants and children* (11ª, pp. 658–677). Elsevier.
- Mlambo, M., Silén, C., & McGrath, C. (2021). Lifelong learning and nurses' continuing professional development, a metasynthesis of the literature. *BMC Nursing*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00579-2>

- Nanavati, R. N., Balan, R., & Kabra, N. S. (2013). Effect of kangaroo mother care Vs expressed breast milk administration on pain associated with removal of adhesive tape in very low birth weight neonates: A randomized controlled trial. *Indian Pediatrics*, 50(11), 1011–1015. <https://doi.org/10.1007/s13312-013-0280-0>
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model* (5th ed.). Pearson Education, Inc.
- Northern Devon Healthcare. (2019). *Skin Care for Neonates Guidelines Document Control Title Skin Care Guidelines for Neonates Including Care of Nappy Rash*.
- O’Grady, N. P., Alexander, M., Burns, L. A., Dellinger, E. P., Garland, J., Heard, S. O., Lipsett, P. A., Masur, H., Mermel, L. A., Pearson, M. L., Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, Raad, I. I., Randolph, A., Rupp, M. E., & Saint, S. (2017). Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections (2011). *Centers for Disease Control and Prevention*, 1–80. <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/bsi/c-i-dressings/index.html>
- Oliveira, C. de, Castro, L. de, Silva, R., Freitas, I., Gomes, M., & Cândida, M. (2016). Factors associated with the development of preterm children at four and eight months of corrected gestational age. *Journal of Human Growth and Development*, 26(1), 41–47. <https://doi.org/10.7322/jhgd.110024>
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança. *Cadernos OE, Série 1 nº6*, 5–74.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. 7–106.
- Pepin, J., Ducharme, F., & Kérouac, S. (2017). L’influence des paradigmes. In Chenelière Education (Ed.), *La pensée infirmière* (4^a, pp. 28–49).
- Pinto, M. C. P. F., Oliveira, M. L. F., & Bedendo, J. (2013). Cuidados com a pele do recém-nascido: um desafio para a equipe da unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista UNINGÁ Review*, 16 (1), 16(1), 49–54. https://www.mastereditora.com.br/periodico/20130929_161345.pdf
- Regulamento nº 140/2019. (2019). Regulamento competências comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República, 2ª Série*, , 26, 4744–4750. <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Regulamento nº 422/2018. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário Da República, 2ª Série*, 133, 19192–19194.

- Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos* (15), 1–37.
http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Sales, J. M. R., Lima, F. E. T., Almeida, P. C. de, Oliveira, R. M. C. de, & Santos, I. B. dos. (2021). Fatores intervenientes na integridade cutânea de recém-nascidos em Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional. *Revista Da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*, 21(1), 44–50.
<https://doi.org/10.31508/1676-3793202100006>
- Santos, I. N. dos. (2022). *Síndrome de abstinência Síndrome de abstinência iatrogénica em neonatos doentes graves: uma revisão dos mecanismos, avaliação, manejo e prevenção*.
<https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/5336630>
- Santos, L. (2006). Actividade Lúdica - Espaços, Objectivos e que Profissionais Intervêm? In Instituto de Apoio à Criança (Ed.), *Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no Hospital* (1ª, pp. 41–43).
- Santos, S. V., & Costa, R. (2015a). Prevenção de lesões da pele em recém-nascidos: o conhecimento da equipe de enfermagem. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, 24(3), 731–739. https://doi.org/10.1590/0104-0707201501123_014
- Santos, S. V., & Costa, R. (2015b). Skin care of the newborn: the state of art. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 7(3), 2887–2901.
<https://doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i3.2887-2901>
- Schaefer, T. I. M., Naidon, A. M., & Neves, E. T. (2016). Skin care to newborns admitted in neonatal intensive care unit: integrative review. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 8(4), 5156–5162.
<https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i4.5156-5162>
- Schlüer, A. B. (2017). Pressure ulcers in maturing skin – A clinical perspective. *Journal of Tissue Viability*, 26(1), 2–5. <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2016.10.001>
- Serrano, M. T. P., Costa, A. da S. M. C., & Costa, N. M. V. N. da. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(3), 15–23.
- Tambunan, D. M., & Mediani, H. S. (2019). Bathing Method for Preterm Infants: A Systematic Review. *KnE Life Sciences*. <https://doi.org/10.18502/cls.v4i13.5220>
- Tamez, R. N. (2017a). Considerações Especiais no Cuidado da Pele do Recém-nascido. In *Enfermagem na UTI Neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco: Vol. 5ª Edição* (6ª, pp. 61–70). Guanabara Koogan.

- Tavares, I. V. R., Silva, D. C. Z., Silva, M. R., Fonseca, M. P., Marcatto, J. de O., & Manzo, B. F. (2020). Patient safety in the prevention and care of skin lesions in newborns: integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73, e20190352. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0352>
- UNICEF. (2019). *Convenção sobre os Direitos da Criança*. unicef_convenc-a-o_dos_direitos_da_crianca.pdf
- Visscher, M. (2014). A Practical Method for Rapid Measurement of Skin Condition. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 14(4), 147–152. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2014.10.002>
- Visscher, M., & Narendran, V. (2014). Neonatal Infant Skin: Development, Structure and Function. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 14(4), 135–141. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2014.10.004>
- Visscher, M. O., & Narendran, V. (2022). Newborn Infant Skin: Anatomy, Physiology and Development. In *Neonatal and Pediatric Wound Care* (pp. 11–26). Edizioni Minerva Medica.
- Vitrikas, K., & Savard, D. (2017). Developmental Delay: When and How to Screen. *American Family Physicians*, 96(1), 36–43. <http://www.pedstest.com>
- Wheeler, B. J. (2019). Health promotion on the newborn and family. In M. Hockenberry, D. Wilson, & C. C. Rodgers (Eds.), *Wong's Nursing care of infants and children* (11^a, pp. 196–237). Elsevier.
- World Health Organization, & UNICEF. (2019). *Survive and thrive: transforming care for every small and sick newborn*.

ANEXOS

**ANEXO 1: Escala de Observação do Risco de Lesão da Pele em
Neonatos (NSRAS)**

Escala de Observação do Risco de Lesão da Pele em Neonatos

Neonatal Skin Risk Assessment Scale (NSRAS)

Mês/ Ano: _____

Pontuação da avaliação da escala NSRAS

Dias	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Condição Física Geral										
Estado Mental										
Mobilidade										
Atividade										
Nutrição										
Humidade										
Total da pontuação										

Dias	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Condição Física Geral										
Estado Mental										
Mobilidade										
Atividade										
Nutrição										
Humidade										
Total da pontuação										

Dias	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Condição Física Geral											
Estado Mental											
Mobilidade											
Atividade											
Nutrição											
Humidade											
Total da pontuação											

Grau de Risco de úlcera de pressão é determinado através do somatório obtido pela avaliação do doente, deste modo:

- **Risco alto:** se pontuação ≥ 15
- **Risco baixo:** se pontuação < 15

Escala de Observação do Risco de Lesão da Pele em Neonatos				
Itens	Opções de resposta			
Condição Física Geral 2x0	4. Idade Gestacional <28 semanas	3. Idade Gestacional >28 semanas, mas <33 semanas	2. Idade gestacional >33 semanas, mas <38 semanas	1. Idade gestacional >38 semanas
Estado Mental	4. Completamente limitado. Não responde a estímulos dolorosos, devido à redução do nível de consciência ou sedação ou ao desenvolvimento motor esperado para a idade gestacional (não se estremece, agarra ou geme, não há aumento da pressão arterial ou da frequência cardíaca).	3. Muito limitado. Responde apenas a estímulos dolorosos (estremece, agarra, geme, aumento da pressão arterial e frequência cardíaca).	2. Ligeiramente limitado. Letárgico/Hipotônico.	1. Nenhuma limitação. Desperto e Ativo.
Mobilidade	4. Completamente imóvel. Não faz qualquer alteração ligeira de posição do corpo ou das extremidades sem ajuda (com ou sem sedação).	3. Muito limitada. Capaz de fazer ligeiras alterações ocasionais do corpo ou das extremidades, mas incapaz de fazer alterações frequentes de forma independente.	2. Ligeiramente limitada. Capaz de fazer alterações frequentes, embora ligeiras, de posição do corpo ou extremidades de forma independente.	1. Nenhuma limitação. Capaz de fazer alterações frequentes e significativas de posição sem ajuda (por exemplo, virar a cabeça).
Atividade	4. Completamente limitado à incubadora. Está confinado à incubadora aquecida com humidade sem poder sair dela.	3. Limitado à incubadora. Está confinado à incubadora só saindo dela excepcionalmente	2. Ligeiramente limitada. Numa incubadora, mas pode ir ao colo, canguru, etc.	1. Nenhuma limitação. Num berço aberto.
Nutrição	4. Muito pobre. Nada "Per os" (fluidos endovenosos exclusivos).	3. Inadequada. Não recebe a quantidade ideal de dieta líquida para as necessidades (fórmula / leite materno) tendo de ser suplementada com fluidos endovenosos.	2. Adequada. Alimentação por sonda gástrica que permite satisfazer as necessidades nutricionais para o crescimento.	1. Excelente. Biberon/Amamentação em todas as refeições que satisfazem as necessidades nutricionais para o crescimento.
Humidade	4. Constantemente húmida. A pele está húmida sempre que a criança é manipulada ou posicionada.	3. Húmida. A pele está frequentemente húmida. Os lençóis têm que ser trocados pelo menos uma vez de 8/8 horas, devido a frequentes dejeções semilíquidas e/ou vômitos, bolsados.	2. Ocasionalmente húmida. A pele está ocasionalmente húmida. Requer uma troca de lençóis extra aproximadamente uma vez por dia, devido a algumas dejeções e/ou vômitos, bolsados.	1. Raramente húmida. A pele está geralmente seca, os lençóis apenas requerem ser mudados a cada 24 horas.

Martins, C.O.A., & Curado, M.A.S. (2015). Escala de Observação do Risco de Lesão da Pele em Neonatos. Adaptado de: Huffines, B., & Lodgson, M.C. (1997). The Neonatal Skin Risk Assessment Scale for predicting skin breakdown in neonates. *Issues Comprehensive Pediatrics Nursing*, 20: 103-114.

O item Condição físico geral caracteriza o recém-nascido de acordo com a idade gestacional. Quanto mais prematura for a criança maior é a pontuação reforçando o fato da imaturidade cutânea ser um fator de risco ao aparecimento de lesões.

O item Estado mental, pontua a forma como o recém-nascido responde aos estímulos dolorosos e ao desconforto, varia desde a incapacidade de resposta (no caso de sedação ou alguma disfunção sensorial que limite a capacidade de sentir e expressar a dor) até à percepção sensorial normal. A diminuição do nível de

consciência está associada, direta ou indiretamente, à percepção sensorial, à mobilidade e à atividade. O comprometimento da percepção do desconforto causado pela pressão, motivado pelo estado de alerta para os movimentos espontâneos, pela restrição física por motivos de segurança ou pelo uso de sedativos, impede o alívio da pressão sobre os tecidos nas áreas de proeminências ósseas, com aumento significativo do risco de desenvolvimento de lesões.

O item Mobilidade avalia a capacidade do recém-nascido alternar a posição do corpo, a sua pontuação pode variar consoante o tipo de alterações. A mobilidade contribui para o bem-estar físico/psíquico e facilita o alívio de pressão nas regiões de proeminências ósseas.

O item Atividade avalia o grau de ação ou trabalho físico da criança, ou seja, se esta permanece restrita à incubadora ou alterna períodos no leito com períodos ao colo/canguru, facilitando o alívio de pressão nas regiões de proeminências ósseas. O item Nutrição é classificado de acordo como tipo de alimentação que a criança faz e com a via de administração da dieta. Neste item, considera-se sem risco o recém-nascido com a aquisição plena das competências orais, que se alimenta exclusivamente por tetina, e o recém-nascido com risco elevado, aquela cuja satisfação das necessidades nutricionais é feita por via parentérica. A pontuação 3 e 4 reporta os recém-nascidos com necessidade de alimentação mista para as necessidades calóricas diárias e em que é necessário o uso de dispositivos médicos associados o que aumenta o risco de lesões.

A avaliação do item Humidade pontua a exposição da pele a transpiração, a urina e outros fluidos que permaneçam em contato com a pele e, é medida pela quantidade de vezes em que são trocados os lençóis e as fraldas. A maceração e a lesão, causadas pela humidade excessiva, destroem a barreira natural da epiderme, pelo que a incontinência urinária e fecal são potenciadores do risco de aparecimento de lesões. A maceração, causada pela humidade, pode agravar-se sempre que tem associada zonas de pressão, principalmente relacionadas com a presença de fitas, cordões e/ou suportes de dispositivos (Martins & Curado, 2017).

Referências Bibliográficas

Martins, C. O. A., & Curado, M. A. dos S. (2017). Observation Neonatal Skin Risk Assessment Scale: statistical validation with newborns. *Revista de Enfermagem Referencia*, 4(13), 43–52. <https://doi.org/10.12707/RIV16082>

APENDICES

APÊNDICE I: Cronograma

	Mês	set	out					nov					dez				jan					fev				
	Dias	26	3	10	17	24	31	7	14	21	28	5	12	19	26	2	9	16	23	30	6					
		30	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27	3	10					
Semana	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	13ª	14ª	15ª	16ª	17ª	18ª	19ª	20ª						
Contexto	Internamento Pediatria																									
	Urgência Pediatria																									
	Cuidados Intensivos Neonatais																									
	Consulta desenvolvimento																									
	Cuidados de Saúde Primários																									
															Férias Natal											

APENDICE II: Guia orientador de estágio

**13º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Guia orientador de estágio

Tema do projeto:

**Promoção da Integridade Cutânea do Recém-nascido
Hospitalizado: Intervenções do Enfermeiro
Especialista**

Ana Luísa Henriques Roxo nº 10994



Lisboa

outubro 2022

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	3
1.PROBLEMATIZAÇÃO.....	5
Referências Bibliográficas.....	16
APÊNDICE I- Descrição dos objetivos, atividades a desenvolver e recursos de avaliação nos diferentes campos de estágio	

INTRODUÇÃO

A Unidade Curricular “Estágio com Relatório” do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde infantil e Pediatria, visa essencialmente que o aluno desenvolva processos de prestação de cuidados à criança, ao jovem e à família, de forma a alcançar as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica. Pretende-se assim desenvolver a aquisição de competências científicas, técnicas e humanas na conceção, gestão, prestação e supervisão de cuidados de enfermagem especializados à criança, jovem e família. Este estágio vai assim ao encontro também do objetivo estabelecido para esta Unidade Curricular que visa desenvolver processos de prestação de cuidados à criança, ao jovem e à família em resposta às necessidades do seu crescimento e desenvolvimento e no sentido da maximização da sua saúde.

Dando continuidade ao trabalho de projeto desenvolvido no semestre anterior, que tem como finalidade estudar a problemática definida e contribuir para a melhoria dos cuidados prestados e como meio de desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica e de Mestre. As competências comuns, “são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.”(Regulamento nº 140/2019, 2019, p.4745). Estas englobam quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. (Regulamento nº 140/2019, 2019) como futura enfermeira especialista de saúde e infantil e pediátrica a minha prática em meio hospitalar é orientada no sentido de cuidar da criança, jovem e família nas situações de especial complexidade, prestando cuidados específicos em resposta às necessidades do

ciclo de vida e desenvolvimento da criança e do jovem((Regulamento nº 422/2018, 2018) O enfermeiro de prática avançada presta cuidados centrados no cliente/família, integrado numa equipa multidisciplinar e, em parceria com o cliente/família, numa vasta gama de ambientes de prática. A pedra angular do enfermeiro de prática avançada é a experiência clínica numa área especializada de enfermagem.((C. N. Association, 2019)

O presente guia orientador constitui um instrumento facilitador da realização das atividades propostas em cada campo de estágio, de forma a alcançar os objetivos gerais e específicos delineados anteriormente. Simultaneamente permite que o enfermeiro orientador/ chefe da unidade da prática clínica adquira conhecimento sobre os objetivos de estágio a que o aluno se propõe, sendo vantajoso no processo e acordo de aprendizagem.

1.PROBLEMATIZAÇÃO

A textura da pele varia conforme a Idade Gestacional do recém-nascido. Pode-se classificar o recém-nascido conforme sua idade gestacional em: pré-termo (nascidos até 36 semanas e 6 dias), de termo (nascidos entre 37 e 41 semanas e 6 dias) e, pós-termo (nascidos com mais de 42 semanas).(C. S. Oliveira et al., 2015)

“Cuidar da pele do recém-nascido, em especial o prematuro, tem sido um desafio para a enfermagem no que se refere à manutenção de sua integridade. A pele é a primeira barreira imunológica do RN, sendo assim a manutenção da integridade cutânea é um fator de relevância no que se refere à prevenção de infecções e consequente aumento do tempo de internamento e procedimentos invasivos”.(Pinto et al., 2013, p.49)

A pele é o maior órgão do corpo humano e dentro das suas funções no recém-nascido destacam-se:

- Termorregulação;
- Imunológica;
- Defesa contra toxinas e infecções;
- Manutenção da hemóstase hidroeletrolítica;
- Secreção endócrina;
- Sensação tátil.

Sendo assim, a preservação da integridade cutânea está diretamente ligada ao metabolismo humano, especialmente nas crianças e recém-nascidos.(R. R. Nascimento & Landim, 2016)

Devido às poucas camadas de estrato córneo (camada mais externa da pele, responsável pelas barreiras contra lesões e infecções), os recém-nascidos pré-termo estão mais propensos aos riscos de infecções e instabilidades térmicas e hemodinâmicas. Isso acontece por causa de sua imaturidade tegumentar, ou seja, suas particularidades funcionais e sua superfície corpórea ainda não se encontram

completamente formadas, reduzindo assim a sua função protetora (Medeiros, 2018).

A enfermagem assume um papel primordial nos cuidados prestados ao recém-nascido pré-termo, pois torna-se um desafio a manutenção da integridade da pele e a minimização das complicações causadas por procedimentos invasivos. A utilização de dispositivos e a realização de procedimentos invasivos, como: punção venosa e arterial, sondas orotraqueais, sondas gástricas, são fatores de risco para comprometimento da integridade da pele dos recém-nascidos pré-termo (S. M. Oliveira et al., 2014).

Na tentativa de amenizar o dano causado aos recém-nascidos pré-termo, a prestação de cuidados deve ser realizada de forma agrupadas (mudanças de posição dos sensores, troca de fralda sempre que necessária, higiene correta do períneo, e controlo da dor e desconforto). As alterações fisiológicas e as condições ambientais, são também fatores de risco para comprometimento da integridade da pele do recém-nascido pré-termo, pois a adaptação ao meio extrauterino é necessária à sobrevivência. (Feitosa et al., 2018; S. M. Oliveira et al., 2014)

Assim, as condições ambientais em que esse recém-nascido pré-termo se encontra influenciam na sua resposta imunológica, sendo a pele a barreira que dá o suporte para a termorregulação, fator extremamente imprescindível para sua adaptação. A pele íntegra exerce função de barreira, protege estruturas internas do organismo e revela problemas decorrentes do tempo de permanência hospitalar como infeções e distúrbios metabólicos. A preservação da pele é muito importante durante os cuidados de enfermagem, principalmente em recém-nascidos pré-termo sendo um dos cuidados fundamentais da Enfermagem. Deve ser prestado durante a interação do recém-nascido com o enfermeiro, à proporção que se realiza a avaliação comportamental e fisiológica, de forma integral, ao

respeitar suas vulnerabilidades, principalmente em recém-nascidos pré-termo (Barreto & Jalil, 2018).

Atendendo à temática exposta, os referenciais de enfermagem são a filosofia dos cuidados centrados na família, os princípios dos cuidados não traumáticos, sustentados pela teoria de sistemas de Neuman.

Tendo por base, a problemática identificada e as necessidades de aprendizagem, foram delineados os seguintes **objetivos gerais**:

1. Desenvolver competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica no cuidado à criança, ao jovem e família em todas as etapas, nos processos de saúde-doença nos diferentes contextos de saúde

E, como objetivos específicos:

- a. Adquirir conhecimentos especializados na promoção da saúde, prevenção de doenças, gestão de casos complexos e adaptação de cuidados de acordo com o ciclo de vida e o desenvolvimento da criança e do jovem;
- b. Avaliar e planejar cuidados de enfermagem à criança, jovem e família, baseados em evidência, considerando diferentes estádios de desenvolvimento e contextos de saúde;
- c. Colaborar com equipas de saúde multidisciplinares no cuidado à saúde da criança. Do jovem e da família;
- d. Conhecer e analisar as práticas de cuidados de enfermagem especializados e estratégias institucionais nos diferentes contextos de saúde

2. Desenvolver competências especializadas na promoção da integridade cutânea do recém-nascido hospitalizado.

E, como objetivos específicos:

- a. Aprofundar conhecimentos sobre técnicas de avaliação e prevenção de lesões cutâneas em recém-nascidos especializados;
- b. Aplicar as técnicas de avaliação e prevenção de lesões cutâneas em recém-nascidos especializados;
- c. Aplicar as intervenções de cuidados à pele apropriadas para garantir a integridade cutânea dos recém-nascidos;
- d. Participar ativamente em projetos de melhoria da qualidade para aprimorar as práticas de cuidados relacionados com a integridade cutânea dos recém-nascidos hospitalizados.

As atividades propostas serão ajustadas de acordo com o desenrolar dos próprios estágios e as próprias oportunidades que estes proporcionarem e permitirem. Sendo passível destas serem ajustadas, ou mesmo ser possível surgirem novas atividades que se demonstrem úteis para a concretização dos objetivos propostos.

Referências Bibliográficas

- Alves, M. dos S. I. (2016). O CUIDADO DIFERENCIADO DA ENFERMAGEM COM A PELE DO NEONATO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA. *Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde*, 3(3), 92–100.
- Araújo, B. B. M. de, Esteves, S. X., Cardoso, E. da S., Meirelles, J. N. de L. de, & Dias, C. M. de B. (2012). NURSING AND SKIN CARE(LESS) OF PREMATURE. *R. Pesq.: Cuid. Fundam. Online*, 4(3), 2679–2691.
- Aredes, N. D. A., Santos, R. C. de A., & Fonseca, L. M. M. (2017). Cuidados com a pele do recém-nascido prematuro: revisão integrativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 19. <https://doi.org/10.5216/ree.v19.43331>
- Association, C. N. (2019). *Advanced Practice Nursing Framework_CNA 2019_Extrato*.
- Barreto, N. da S., & Jalil, S. M. A. (2018). CUIDADOS COM A PELE: Prevenção e Cuidados com a Pele do Recém Nascido. *AEMS Rev. Conexão Eletrônica-Três Lagoas, MS*, 15(1).
- Boyar, V. M. (2022). Neonatal Wound Care. In *Neonatal and Pediatric Wound Care* (pp. 27–39). Edizioni Minerva Medica.
- Carvalho, V. O., Markus, J. R., Abagge, K. T., Giralardi, S., & Campus, T. B. (2015). Consenso de cuidado com a pele do recém-nascido. *Manual Sociedade Brasileira de Pediatria*, 1–56. <http://sobende.org.br/pdf/publication.pdf>
- Costa, K. F. da, Alves, V. H., Dames, L. J. P., Rodrigues, D. P., Barbosa, M. T. de S. R., & Souza, R. R. B. de. (2016). Clinical management of pain in the newborn: perception of nurses from the neonatal intensive care unit. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 8(1), 3758–3769. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i1.3758-3769>
- Dias, M. S., Ribeiro, S. N. S., Walt, C. M. R. F., & Cabral, L. A. (2016). ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO: PROPOSTA DE UM NOVO PROCESSO DE TRABALHO. *R. Enferm. Cent. O. Min.*, 1930–1944.
- Faria, T. F., & Kamada, I. (2018). Lesiones de la piel en neonatos en cuidados intensivos neonatales. *Enfermería Global*, 17(1), 220–228. <https://doi.org/10.6018/eglobal.17.1.273671>
- Feitosa, A. da R. S., Fontinele, L. F., Santiago, A. K. C., Oliveira, L. de A. M., & Costa, G. de S. (2018). CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE LESÕES DE PELE EM RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS: REVISÃO INTEGRATIVA. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research-BJSCR BJSCR*, 22 (1), 22(1), 2317–4404. <http://www.mastereditora.com.br/bjscr>

- Hockenberry, M. J., & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In *Wong. Fundamentos de Enfermagem Pediátrica 9ª EDIÇÃO* (9ª, pp. 44–88).
- International Council of Nurses. (2019). *CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*.
- Lanzillotti, L. da S., de Seta, M. H., de Andrade, C. L. T., & Junior, W. V. M. (2015). Adverse events and other incidents in neonatal intensive care units. In *Ciencia e Saude Coletiva* (Vol. 20, Issue 3, pp. 937–946). Associação Brasileira de Pós - Graduação em Saúde Coletiva. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.16912013>
- Medeiros, R. (2018). Quais devem ser os cuidados com a pele do recém-nascido prematuro? *IESPE*. www.iespe.com.br/blog/cuidados-com-a-pele-do-recem-nascido-prematuro/
- Nascimento, R. R., & Landim, T. M. A. (2016). CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE LESÕES DE PELE NO RECÉM-NASCIDO PREMATURO. *Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde*, 4 (4), 66–73. [cuidados-de-enfermagem-na-prevencao-de-lesoes-de-pele-no-recem-nascido-prematuro-v-4-n-4-1.pdf](#) (atualizarevista.com.br)
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model* (5th ed.). Pearson Education, Inc.
- Oliveira, C. S., Carneiro, F. A. de S., Oliveira, L. N., Tavares, M. C., & Garcia, R. de A. T. M. (2015). CUIDADOS COM A PELE DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO: O CONHECIMENTO PRODUZIDO POR ENFERMEIROS. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, 16 (1), 419–436.
- Oliveira, S. M. de, Silveira, L. V., Baucke, A. M., Gomes, G. C., & Xavier, D. M. (2014). LESÕES DE PELE NO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO: VIVÊNCIAS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. *Rev Enferm UFPE on Line*, 8 (4), 960–965. <https://doi.org/10.5205/reuol.5829-50065-1-ED-1.0804201422>
- Peters, M., Godfrey, C., Mclnerney, P., Munn, Z., Tricco, A., & Khalil, H. (2020). Scoping Reviews (2020 version). In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. <https://doi.org/https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Pinto, M. C. P. F., Oliveira, M. L. F., & Bedendo, J. (2013). CUIDADOS COM A PELE DO RECÉM-NASCIDO: UM DESAFIO PARA A EQUIPE DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL. *Revista UNINGÁ Review*, 16 (1), 16(1), 49–54. https://www.mastereditora.com.br/periodico/20130929_161345.pdf
- Regulamento nº 140/2019. (2019). Regulamento competências comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República, 2ª Série, Regulamento Nº 140/2019*, 26, 4744–4750. <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>

- Regulamento nº 422/2018. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário Da República, 2ª Série - Regulamento Nº 422/2018, 133*, 19192–19194.
- Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos (15)*, 1–37. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Sales, J. M. R., Lima, F. E. T., Almeida, P. C. de, Oliveira, R. M. C. de, & Santos, I. B. dos. (2021). Fatores intervenientes na integridade cutânea de recém-nascidos em Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional. *Revista Da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras, 21(1)*, 44–50. <https://doi.org/10.31508/1676-3793202100006>
- Santos, S. V., & Costa, R. (2015a). PREVENÇÃO DE LESÕES DE PELE EM RECÉM-NASCIDOS: O CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 24(3)*, 731–739. https://doi.org/10.1590/0104-0707201501123_014
- Santos, S. V., & Costa, R. (2015b). Skin care of the newborn: the state of art. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, 7(3)*, 2887–2901. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i3.2887-2901>
- Santos, S. V., Ramos, F. R. S., Costa, R., & Batalha, L. M. da C. (2019). Evidências sobre prevenção de lesões de pele em recém-nascidos: revisão integrativa. *ESTIMA, Brazilian Journal of Enterostomal Therapy. https://doi.org/10.30886/estima.v17.787_pt*
- Schaefer, T. I. M., Naidon, A. M., & Neves, E. T. (2016). Skin care to newborns admitted in neonatal intensive care unit: integrative review. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, 8(4)*, 5156–5162. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i4.5156-5162>
- Shields, L., Zhou, H., Munns, A., Taylor, M., Pascoe, E., & Hunter, J. (2011). Family-centred care for hospitalised children aged 0-12 Years: A systematic review of quasi-experimental studies. *Biblioteca JBI de Revisões Sistemáticas, 9 (16) - p 1-18*, 1–18. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2011-341>
- Tambunan, D. M., & Mediani, H. S. (2019). Bathing Method for Preterm Infants: A Systematic Review. *KnE Life Sciences. https://doi.org/10.18502/cls.v4i13.5220*
- Tamez, R. N. (2013). Considerações Especiais no Cuidado da Pele do Recém-nascido. In *Enfermagem na UTI Neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco: Vol. 5ª Edição (5ª*, pp. 45–53). Guanabara Koogan.
- Tavares, I. V. R., Silva, D. C. Z., Silva, M. R., Fonseca, M. P., Marcatto, J. de O., & Manzo, B. F. (2020). Patient safety in the prevention and care of skin lesions in

newborns: integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73, e20190352.
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0352>

Visscher, M. O., & Narendran, V. (2022). Newborn Infant Skin: Anatomy, Physiology and Development. In *Neonatal and Pediatric Wound Care* (pp. 11–26). Edizioni Minerva Medica.

Wheeler, B. J. (2014). Promoção da Saúde do Recém-nascido e da Família. In Wong. *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (9th ed., pp. 510–2014).

APÊNDICE I- Descrição dos objetivos, atividades a desenvolver e recursos de avaliação nos diferentes campos de estágio

Internamento de Pediatria		
Atividades	Competências a desenvolver	Indicadores de avaliação
<p>- Entrevista à enfermeira Chefe/Orientador do serviço, com o objetivo de conhecer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aspectos organizacionais e de funcionamento do serviço; • Área de abrangência, caracterização da população e articulação com outros serviços/instituições. <p>- Consulta e análise das normas, protocolos e projetos desenvolvidos neste contexto.</p> <p>- Apresentação à Enfermeira Orientadora do guia orientador de atividades de forma a avaliar a sua exequibilidade e a necessidade de ajustes.</p> <p>- Realização de pesquisa de evidência científica disponível de forma a aprofundar, adquirir e mobilizar conhecimentos sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Processos de doença mais frequentes das crianças internadas; • Problemas potenciais ou reais de alteração da integridade cutânea; • Intervenções desenvolvidas para promover a integridade cutânea. <p>- Observação participante dos cuidados de enfermagem prestados à criança, jovem e família, realizados pelo enfermeiro orientador e enfermeiros especialistas;</p> <p>- Observação das práticas relacionadas com os cuidados à pele;</p> <p>- Identificação de instrumentos mobilizados para avaliação da pele e respetivos protocolos;</p> <p>- Identificação de fatores facilitadores e inibidores da promoção da integridade cutânea do cliente pediátrico;</p>	<p>Competências comuns do Enfermeiro Especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1; C2; D1, D2 (Regulamento nº 140/2019)</p> <p>Competências Específicas do Enfermeiro Especialista: E1; E2; E3 (Regulamento nº 422/2018)</p>	<p>Análise crítica e reflexiva sobre a experiência de estágio e o seu contributo para o desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista</p>

Atividades	Competências a desenvolver	Indicadores de avaliação
<ul style="list-style-type: none"> - Identificação do material, equipamento e produtos disponíveis para a manutenção da integridade cutânea; - Identificação dos principais motivos de internamento, potenciadores de alterações da integridade cutânea; - Avaliação de conhecimentos do prestador de cuidados na promoção da integridade cutânea; - Negociação da participação do prestador de cuidados, visando a parceria de cuidados e a capacitação da mesma na promoção da integridade cutânea; - Elaboração de um estudo de caso sobre uma doença crónica e rara (síndrome de Rett); - Atualização da Tabela de Preparação e Administração de Antimicrobianos por Via Parentérica 	<p>Competências comuns do Enfermeiro Especialista:</p> <p>A1, A2, B1, B2, B3, C1; C2; D1, D2</p> <p>(Regulamento nº 140/2019)</p> <p>Competências Específicas do Enfermeiro Especialista:</p> <p>E1; E2; E3</p> <p>(Regulamento nº 422/2018)</p>	<p>Análise crítica e reflexiva sobre a experiência de estágio e o seu contributo para o desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista</p>

Urgência Pediátrica		
Atividades	Competências a desenvolver	Indicadores de avaliação
<p>-Conhecimento e análise da estrutura física e organizacional do serviço, articulação com outros serviços / instituições e metodologia de trabalho desenvolvida;</p> <p>- Realização de pesquisa de evidência científica disponível de forma a aprofundar, adquirir e mobilizar conhecimentos sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sistema de triagem pediátrico; ● Problemas potenciais ou reais de alteração da integridade cutânea; ● Intervenções desenvolvidas para promover a integridade cutânea. <p>- Observação da atuação do enfermeiro orientador e enfermeiros especialistas, durante a Triagem de Manchester e respetivo encaminhamento;</p> <p>- Observação participante dos cuidados de enfermagem prestados à criança, jovem e família, realizados pelo enfermeiro orientador e enfermeiros especialistas;</p> <p>- Realização de registos de enfermagem, no sistema informático, no âmbito da prestação de cuidados;</p> <p>- Identificação de situações de instabilidade, agindo oportunamente;</p> <p>- Observação participante dos cuidados de enfermagem prestados à criança, jovem e família, em diferentes situações, algumas das quais de especial complexidade;</p> <p>- Atualização da Tabela de Preparação e Administração de Antimicrobianos por Via Parentérica;</p> <p>- Acompanhamento da equipa da UPAD na valência da hospitalização domiciliária – criança com doença crónica;</p>	<p>Competências comuns do Enfermeiro Especialista:</p> <p>A1, A2, B1, B2, B3, C1; C2; D1, D2</p> <p>(Regulamento nº 140/2019)</p> <p>Competências Específicas do Enfermeiro Especialista:</p> <p>E1; E2; E3</p> <p>(Regulamento nº 422/2018)</p>	<p>Análise crítica e reflexiva sobre a experiência de estágio e o seu contributo para o desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista</p>

UCIN		
Atividades	Competências a desenvolver	Indicadores de avaliação
<p>- Entrevista à enfermeira Chefe/Orientador do serviço, com o objetivo de conhecer:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Aspectos organizacionais e de funcionamento do serviço; ● Área de abrangência, caracterização da população e articulação com outros serviços/instituições. <p>- Consulta e análise das normas, protocolos e projetos desenvolvidos neste contexto.</p> <p>- Apresentação à Enfermeira Orientadora do guia orientador de atividades de forma a avaliar a sua exequibilidade e a necessidade de ajustes.</p> <p>- Realização de pesquisa de evidência científica disponível de forma a aprofundar, adquirir e mobilizar conhecimentos sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Processos de doença mais frequentes no recém-nascido de alto-risco e suas implicações no crescimento e desenvolvimento; ● Fatores facilitadores e inibidores da parentalidade; ● Problemas potenciais ou reais de alteração da integridade cutânea; ● Intervenções desenvolvidas para promover a integridade cutânea. <p>- Observação participante dos cuidados de enfermagem prestados à criança, jovem e família, realizados pelo enfermeiro orientador e enfermeiros especialistas;</p> <p>- Observação das práticas utilizadas na promoção da participação do prestador de cuidados, nos cuidados ao recém-nascido;</p> <p>- Negociação da participação do prestador de cuidados, na prestação de cuidados ao recém-nascido;</p> <p>- Aplicação de escala da dor adequada ao recém-nascido;</p> <p>- Utilização de medidas farmacológicas e não farmacológicas no controlo da dor;</p>	<p>Competências comuns do Enfermeiro Especialista:</p> <p>A1, A2, B1, B2, B3, C1; C2; D1, D2</p> <p>(Regulamento nº 140/2019)</p> <p>Competências Específicas do Enfermeiro Especialista:</p> <p>E1; E2; E3</p> <p>(Regulamento nº 422/2018)</p>	<p>Análise crítica e reflexiva sobre a experiência de estágio e o seu contributo para o desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista;</p>

Atividades	Competências a desenvolver	Indicadores de avaliação
<p>-- Observação das práticas relacionadas com os cuidados à pele;</p> <p>- Identificação de instrumentos mobilizados para avaliação da pele e respetivos protocolos;</p> <p>- Identificação do material, equipamento e produtos disponíveis para a manutenção da integridade cutânea;</p> <p>- Identificação dos principais motivos de internamento, potenciadores de alterações da integridade cutânea;</p> <p>- Negociação da participação do prestador de cuidados, visando a parceria de cuidados e a capacitação da mesma na promoção da integridade cutânea;</p>	<p>Competências comuns do Enfermeiro Especialista:</p> <p>A1, A2, B1, B2, B3, C1; C2; D1, D2</p> <p>(Regulamento nº 140/2019)</p> <p>Competências Específicas do Enfermeiro Especialista:</p> <p>E1; E2; E3</p> <p>(Regulamento nº 422/2018)</p>	<p>Análise crítica e reflexiva sobre a experiência de estágio e o seu contributo para o desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista</p>

Consulta de desenvolvimento		
Atividades	Competências a desenvolver	Indicadores de avaliação
<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação à Enfermeira Orientadora do guia orientador de atividades de forma a avaliar a sua exequibilidade e a necessidade de ajustes. - Conhecimento e análise da estrutura física e organizacional do serviço, articulação com outros serviços / instituições e metodologia de trabalho desenvolvida; - Consulta de protocolos e normas institucionais utilizados na consulta de desenvolvimento; - Realização de pesquisa de evidência científica disponível de forma a aprofundar, adquirir e mobilizar conhecimentos sobre: <ul style="list-style-type: none"> ● Necessidades especiais; ● Alterações do desenvolvimento mais frequentes; - Observação da atuação do enfermeiro orientador e enfermeiros especialistas, durante a consulta de desenvolvimento; - Prestação de cuidados à criança com alterações do desenvolvimento; - Integração da equipa multidisciplinar com observação e participação ativa nas intervenções realizadas; - Observação participante da aplicação da escala de Mary Sheridan modificada; - Realização de registos de enfermagem, no sistema informático, no âmbito da prestação de cuidados; - Capacitar os pais para a realização de atividades promotoras do desenvolvimento; 	<p>Competências comuns do Enfermeiro Especialista:</p> <p>A1, A2, B1, B2, B3, C1; C2; D1, D2</p> <p>(Regulamento nº 140/2019)</p> <p>Competências Específicas do Enfermeiro Especialista:</p> <p>E1; E2; E3</p> <p>(Regulamento nº 422/2018)</p>	<p>Análise crítica e reflexiva sobre a experiência de estágio e o seu contributo para o desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista</p>

Cuidados de saúde primários		
Atividades	Competências a desenvolver	Indicadores de avaliação
<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista à enfermeira Chefe/Orientador do serviço, com o objetivo de conhecer: <ul style="list-style-type: none"> ● Aspetos organizacionais e de funcionamento do serviço; ● Área de abrangência, caracterização da população e articulação com outros serviços/instituições. - Consulta e análise das normas, protocolos e projetos desenvolvidos neste contexto. - Apresentação à Enfermeira Orientadora do guia orientador de atividades de forma a avaliar a sua exequibilidade e a necessidade de ajustes. - Aprofundar conhecimentos sobre: <ul style="list-style-type: none"> ● Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil; ● Orientações antecipatórias; ● Bright Futures Model; - Observação participante da atuação do enfermeiro orientador e enfermeiros especialistas, durante a consulta de enfermagem nas diversas idades; - Observação participante da utilização de instrumentos para avaliação do crescimento e desenvolvimento, nomeadamente a aplicação da escala de Mary Sheridan modificada durante a consulta de enfermagem; - Realização de registos de enfermagem no âmbito da prestação de cuidados; - Observação das práticas relacionadas com os cuidados à pele; - Identificação de instrumentos mobilizados para avaliação da pele e respetivos protocolos; - Identificação de fatores facilitadores e inibidores da promoção da integridade cutânea do cliente pediátrico; - Transmitir orientações antecipatórias à família promotoras da integridade cutânea do cliente pediátrico; - Capacitar os pais para a manutenção da integridade cutânea do cliente pediátrico; 	<p style="text-align: center;">Competências comuns do Enfermeiro Especialista:</p> <p>A1, A2, B1, B2, B3, C1; C2; D1, D2</p> <p style="text-align: center;">(Regulamento nº 140/2019)</p> <p style="text-align: center;">Competências Específicas do Enfermeiro Especialista:</p> <p style="text-align: center;">E1; E2; E3</p> <p style="text-align: center;">(Regulamento nº 422/2018)</p>	<p>Análise crítica e reflexiva sobre a experiência de estágio e o seu contributo para o desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista</p>

APÊNDICE III: Caracterização dos contextos de estágio



**13º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Caracterização dos contextos de estágio

Ana Luísa Henriques Roxo nº 10994

Professora Orientadora:
Prof. Sónia Colaço

Lisboa

2023

INDICE

INTRODUÇÃO.....	3
1. SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PEDIATRIA.....	4
2. SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA.....	7
3. UNIDADE de CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS (UCIN).....	10
4. CONSULTAS DE DESENVOLVIMENTO	12
5. UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS.....	13
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	16

INTRODUÇÃO

O presente documento tem como finalidade apresentar a caracterização dos contextos de estágio, referindo a estrutura física e a constituição das equipas de saúde.

De acordo com regulamento nº558/2917 os contextos de prática clínica são indispensáveis para o desenvolvimento da formação em enfermagem ((Regulamento no558/2917, 2017).

1. SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PEDIATRIA

A missão do serviço de internamento de pediatria, inserido num Centro Hospitalar da região centro do país, é a prestação de cuidados de saúde gerais e diferenciados à população infantil e juvenil, numa perspetiva de atendimento global das necessidades das crianças e adolescentes (██████████, 2010). Neste serviço, situado no piso 3 da unidade hospitalar, são admitidas crianças a partir dos 28 dias de vida até aos 17 anos e 365 dias, com qualquer tipo de patologia e grau de gravidade da mesma, indo de encontro ao referido pela Convenção dos Direitos das Crianças onde a criança é definida como “todo o ser humano com menos de 18 anos, exceto se a lei nacional confere a maioridade mais cedo” ██████████, sendo os recém-nascidos encaminhados para a Unidade de Neonatologia. A maior parte das crianças internadas, provêm do serviço de urgência pediátrica.

Este serviço é constituído por dez quartos individuais (equipados com cadeirão para acolher o acompanhante, pequenas mesas de refeição, armário, televisão e alguns dispõem de fraldário e banheira), sendo um de isolamento e uma sala de observação com capacidade máxima para quatro crianças sendo apenas utilizado em momentos de maior afluência. Cada um dos quartos está identificado com uma placa e desenhos segundo um tema (golfinhos, ursinhos, joaninhas, cogumelos, leãozinho) e a restante decoração também tem motivos infantis, o que torna o ambiente hospitalar um espaço agradável. Reafirmando os direitos das crianças hospitalizadas, estas devem beneficiar de jogos, recreios e atividades educativas (Instituto de Apoio à Criança, 2017), no cumprimento deste pressuposto o serviço dispõe de variadíssimos brinquedos adaptados aos diferentes estádios de desenvolvimento e conta com uma educadora de infância para dar apoio às atividades lúdicas das crianças internadas. Durante o internamento, todas as crianças têm direito a um acompanhante e, presentemente têm a possibilidade de num período de 12 horas terem um segundo acompanhante (habitualmente mãe e pai) e, entre as 15h00 e as 19h00, podem ter uma visita durante trinta minutos. Os

acompanhantes apenas têm direito a refeições fornecidas pelo hospital se cumprirem as condições definidas no Diário da República nº 57. (Lei nº 15/2014, 2014,)Independentemente de serem abrangidos pela referida lei, o pequeno-almoço e lanche não é fornecido pelo hospital, tendo os acompanhantes de fazerem a sua aquisição no bar situado no piso 0, que corresponde à entrada principal do hospital. Relativamente aos recursos humanos, a equipa de enfermagem é comum ao internamento de pediatria, serviço de urgência pediátrica e consultas de pediatria, facilitando o trabalho em equipa. A equipa é constituída por 40 Enfermeiros, dos quais 16 detêm a especialidade na área de saúde infantil e pediatria, 2 na área de reabilitação e 1 de saúde comunitária. O método de trabalho utilizado é o método individual de trabalho, sendo todos os turnos assegurados por dois elementos da equipa de enfermagem sendo sempre um deles especialista, número esse que pode ser alterado para três nos picos de atividade. Na distribuição de crianças por enfermeiro em cada turno, privilegia-se sempre que possível o enfermeiro de referência, como aquele que acolhe a criança e família logo a partir do serviço de urgência. Os registos de enfermagem são efetuados informaticamente no SCLINICO, utilizando a linguagem CIPE®. Os sistemas de informação em enfermagem têm como foco a uniformização dos registos em saúde, permitindo simultaneamente a extração de dados para a operacionalidade de indicadores de qualidade, tendo como consequência um aumento da visibilidade dos cuidados. Segundo Pinto e Ferreira (2014) citados por Nascimento et al (2021) os "indicadores são ferramentas de gestão usadas para medir, monitorizar e avaliar os resultados de um processo, projeto ou política a partir de dados registados de forma organizada e estruturada como parte dos sistemas de informação"(T. Nascimento et al., 2021) A CIPE® é uma terminologia padronizada, conseguindo gerar dados fiáveis e válidos acerca do trabalho de enfermagem. É resultante de consensos, representando o que os enfermeiros observam (diagnósticos e resultados de enfermagem), bem como as intervenções de enfermagem implementadas para resolver problemas.(International Council of Nurses, 2019a)

Em março de 2021, foi criada a Unidade Pediátrica de Assistência Domiciliária (UPAD) com duas vertentes de assistência: internamento domiciliário e consulta de intervenção domiciliária. Tem como Missão prestar cuidados de saúde pediátricos, diferenciados e humanizados, a lactentes/crianças/jovens, após consentimento esclarecido dos pais/ representante legal:

- Sob hospitalização, no domicílio, com acompanhamento da equipa multidisciplinar
- Em regime de visita domiciliária, garantindo a transição segura do hospital para o domicílio. (████████████████████, 2022)

A melhoria da qualidade de vida para a criança e família, constitui um forte motivo para a criança dependente de tecnologia hospitalar seja cuidada em casa, além de manter a unidade familiar, incluindo as necessidades dos irmãos e manter a vida familiar (Robin, 2014). Estas visitas são programadas com uma certa regularidade para efetuar a avaliação das condições da criança e avaliar o seu crescimento e desenvolvimento, instruir a mãe e supervisionar o seu desempenho na realização dos cuidados necessários, reforçando positivamente as suas habilidades (Robin, 2014)

2. SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

O serviço de Urgência Pediátrica encontra-se sediada numa unidade hospitalar, faz parte de um Centro Hospitalar da região centro do país, atendendo crianças e jovens entre os 0 e os 17 anos e 364 dias, da área de Influência desse mesmo Centro Hospitalar, no entanto, a urgência neonatal está sediada noutra unidade. A equipa de enfermagem é comum à do internamento de pediatria, assim, aquando do internamento de uma criança as dúvidas verbalizadas pelos pais são prontamente esclarecidas, uma vez que toda a equipa tem conhecimento sobre a dinâmica de funcionamento do internamento de pediatria. Existem quatro enfermeiros nos turnos da manhã e da tarde e dois enfermeiros no turno da noite, sendo sempre um deles especialista. Por vezes esse número é insuficiente, sobretudo quando existe necessidade de transferir crianças para outras unidades.

Encontra-se situada no piso 1 da instituição hospitalar e a entrada principal é comum à entrada da urgência geral. Dispõe de um gabinete de triagem (em períodos de maior afluência na sala de tratamentos abre-se mais um posto de triagem de forma a minimizar o tempo de espera), sete gabinetes médicos, uma sala de reanimação (comum à urgência de adultos), sala de tratamentos, sala para aerossóis, três salas de observação com um total de oito camas onde as criança/jovens e acompanhante podem permanecer em observação até 24 horas, sala de espera. Nas salas de observação podem ser colocadas camas com ou sem grades, de acordo com a idade da criança internada, junto destas existem cadeirões onde o acompanhante pode permanecer, também estão equipadas com um sistema de chamada permitindo aos acompanhantes avisar a equipa de enfermagem de que necessitam de algo, sem deixarem a criança sozinha. A cada sala de observação existe um alarme sonoro diferente de modo que os enfermeiros identifiquem facilmente onde é necessária a sua presença. Devido às características físicas do serviço apenas um acompanhante pode permanecer. Durante o período de observação são fornecidas refeições às crianças internadas (se a sua situação

clínica o permitir), bem como aos acompanhantes. À semelhança do serviço de internamento, as paredes encontram-se decoradas com motivos infantis.

Os registos de enfermagem são efetuados informaticamente no SCLINICO, utilizando a linguagem CIPE®. Os sistemas de informação em enfermagem têm como foco a uniformização dos registos em saúde, permitindo simultaneamente a extração de dados para a operacionalidade de indicadores de qualidade, tendo como consequência um aumento da visibilidade dos cuidados. Segundo Pinto e Ferreira (2014) citados por Nascimento et al (2021) os “indicadores são ferramentas de gestão usadas para medir, monitorizar e avaliar os resultados de um processo, projeto ou política a partir de dados registados de forma organizada e estruturada como parte dos sistemas de informação” (T. Nascimento et al., 2021) A CIPE® é uma terminologia padronizada, conseguindo gerar dados fiáveis e válidos acerca do trabalho de enfermagem. É resultante de consensos, representando o que os enfermeiros observam (diagnósticos e resultados de enfermagem), bem como as intervenções de enfermagem implementadas para resolver problemas.(International Council of Nurses, 2019a).

O sistema de triagem por prioridades é uma ferramenta essencial na gestão do número de utentes que recorrem ao serviço de urgência, permitindo identificar precocemente e, de forma objetiva e sistemática, sinais de gravidade, indicando a prioridade com que os utentes devem ser atendidos e, o tempo alvo que é recomendado para a primeira observação médica. A primeira parte do método de triagem, requer que o enfermeiro selecione o fluxograma mais adequado à queixa apresentada. Posteriormente percorre os discriminadores do fluxograma, escolhendo o primeiro que seja positivo ou então o que não se consiga negar, de modo a determinar a prioridade clínica. É assim importante que a avaliação do utente seja sistemática, reunindo todos os elementos necessários para se ter uma imagem completa da situação clínica do utente. O enfermeiro afeto à triagem deve ser um enfermeiro com experiência em cuidados de urgência e, com capacidade para comunicar com os utentes e família. A prioridade de atendimento é identificada por um código de cores: vermelho – emergência – necessitam de

atendimento imediato (0 minutos), laranja - muito emergente - necessitam de atendimento praticamente imediato (10 minutos), amarelo - necessitam de atendimento rápido mas podem aguardar (60 minutos), verde - podem aguardar atendimento ou serem encaminhados para outros serviços de saúde (120 minutos), azul - podem aguardar atendimento ou serem encaminhados para outros serviços de saúde (240 minutos) (Grupo Português de Triagem, 2021). A utilização incorreta dos serviços de urgência para a realização de exames ou outra situação não urgente, levou a que o Grupo Português de Triagem introduzisse a pulseira branca - não urgente (tempo não definido) (Grupo Português de Triagem, 2013). Todos os enfermeiros que estão no posto de triagem tiveram formação sobre o Sistema de Triagem de Manchester e, em caso de dúvida podem sempre recorrer ao Manual do Formador que lhes foi facultado nessa mesma formação.(Mackway-Jones et al., 2006)

3. UNIDADE de CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS (UCIN)

A UCIN abrange a unidade setentrional A da sub-região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e, outras regiões, sobretudo a região sul. É membro da Rede Vermont-Oxford. É caracterizada como uma unidade de nível 3 e, é considerada centro de referência de algumas patologias como por exemplo doenças metabólicas, neurocirurgia e tratamento por hipotermia terapêutica. Admite recém-nascidos a partir das 24 semanas de idade gestacional, a maioria classificados de alto risco e que carecem de cuidados altamente diferenciados e distintos, tendo capacidade para 19 bebés, distribuídos por quatro salas. As salas encontram-se dotadas com os equipamentos necessários à prestação de cuidados diferenciados. O que diferencia a unidade de intensivos da unidade de cuidados intermédios é a instabilidade hemodinâmica do recém-nascido, ou seja, quando internado nos cuidados intensivos, o recém-nascido apresenta uma maior fragilidade hemodinâmica que requer cuidados de enfermagem mais frequentes e complexos. O rácio são dois bebés por cada enfermeiro em cuidados intensivos e até quatro bebés em cuidados intermédios. Assim, em cada turno, para cobrir a totalidade das salas e, excluindo a especificidade do internamento Covid, são necessários sete enfermeiros. Após os 28 dias de vida, caso os recém-nascidos não necessitem de cuidados diferenciados, mas que necessitam de permanecer internados, são transferidos para o hospital da área de residência dos pais, ou pela sua patologia clínica são transferidos para o hospital de referência para essa patologia (por exemplo cardiologia) ou são transferidos dentro do hospital para o serviço correspondente (pediatria, cirurgia ou pneumologia). O método de trabalho é por enfermeiro de referência sendo que cada RN fica associado a um enfermeiro, que será responsável pelo seu acompanhamento, desde o momento da admissão até à transferência/alta. Neste método o foco dos cuidados de enfermagem é o binómio RN/família pretendendo-se alcançar cuidados individualizados de alta qualidade. Os registos de enfermagem não se encontram informatizados, sendo efetuados em impressos específicos para os mesmos. No entanto, é efetuada uma auditoria aos processos, de modo a uniformizar a forma de efetuar os registos e ao mesmo tempo extrair dados para indicadores de qualidade. Os sistemas de informação em enfermagem têm como

foco a uniformização dos registos em saúde, permitindo simultaneamente a extração de dados para a operacionalidade de indicadores de qualidade, tendo como consequência um aumento da visibilidade dos cuidados. Segundo Pinto e Ferreira (2014) citados por Nascimento et al (2021) os “indicadores são ferramentas de gestão usadas para medir, monitorizar e avaliar os resultados de um processo, projeto ou política a partir de dados registados de forma organizada e estruturada como parte dos sistemas de informação” (T. Nascimento et al., 2021) De um modo geral as unidades de cuidados intensivos caracterizam-se por ambientes excessivamente estimulantes pelo seu ambiente, com elevado ruído e luminosidade intensa e, ainda, a quase permanente atividade dos profissionais. Sabe-se que estas características não são propícias ao desenvolvimento de um recém-nascido pré-termo ou doente. No entanto, é visível a preocupação da equipa em atenuar estas características procurando uma constante adaptação do ambiente. Para proporcionar uma luminosidade adequada é diminuída a luz ambiente e é colocada uma capa sobre as incubadoras que evita a luz direta, na face e nos olhos do recém-nascido, mas permite a diferença de luminosidade entre o dia e a noite. O ruído externo é minimizado conversando num tom baixo, evitando a colocação de objetos em cima das incubadoras e reduzindo o volume dos alarmes dos monitores e outros aparelhos, respondendo prontamente quando tocam. No que respeita aos cuidados ao RN a equipa procura coordenar as suas intervenções num só momento minimizando, assim, a sua manipulação. O conforto do RN é uma prioridade sendo garantido através dos posicionamentos, da contenção, do toque, de massagens, do método canguru e de estratégias não farmacológicas para controlo da dor com o estímulo à sucção não nutritiva e à administração de sacarose a 24%. Durante o estágio foi possível uma observação participativa e cooperação com a equipa de enfermagem na concretização de todas estas atividades.

4. CONSULTAS de DESENVOLVIMENTO

As consultas de desenvolvimento ocorrem no mesmo local e, em simultâneo, onde se efetuam as consultas de diferentes subespecialidades, como pediatria médica, cardiologia, cirurgia pediátrica, imunoalergologia, psicologia, pedopsiquiatria, entre outras. Os sete gabinetes têm todas as condições de luminosidade e de brinquedos para se efetuar a avaliação da criança e envolvê-la na mesma de forma descontraída.

A referenciação para estas consultas é efetuada pelo médico de família, pelas equipas locais de intervenção, pelos pais e, a nível escolar pelos educadores/professores. A equipa multidisciplinar é composta por pediatras, pedopsiquiatras, psicólogos, Enfermeiros Especialistas Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica, assistente social e educadora de infância.

Os registos de enfermagem são efetuados informaticamente no SCLINICO, utilizando a linguagem CIPE®.

5. UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS

A Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) onde decorreu o estágio clínico, faz parte de uma Unidade Local de Saúde da região alentejana. Além da UCSP, fazem parte desta unidade funcional a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), a Unidade de Saúde Pública (USP), a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) e um Serviço de Urgência Básica (SUB) permanente [REDACTED]

[REDACTED] E.P.E., 2019)

A **UCC** é uma unidade de cuidados de saúde e apoio psicológico e social, com intervenção de âmbito domiciliário e comunitário, junto das pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência. Atua na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção. De acordo com o Decreto-lei no 157/99 (1999), a UCC “tem por missão a prestação de cuidados de enfermagem e de apoio psicossocial de base geográfica e domiciliária, com identificação e acompanhamento das famílias com situações de maior risco ou vulnerabilidade de saúde, em especial quando existam grávidas, recém-nascidos, pessoas com marcada dependência física e funcional ou com doenças que requeiram acompanhamento mais próximo e regular.” (Decreto-Lei no 157/99, 1999, p.2427). A equipa é multiprofissional, consoante as necessidades e a disponibilidade de recursos. Decreto-Lei nº 52/2022, 2022). A população da área de influência da UCC é maioritariamente constituída por idosos, como tal, as visitas domiciliárias realizadas pelos enfermeiros são principalmente a utentes com maior dependência e, que se encontram impossibilitados de se deslocarem ao Centro de Saúde. Como os recursos humanos são escassos, não é prática comum a realização de visitas domiciliárias a utentes de idade pediátrica, exceto se durante a Consulta de Vigilância for detetada alguma situação suspeita que torne necessária a observação da criança/família no ambiente familiar. Atuam também no Programa de Saúde Escolar, em estreita ligação com o Agrupamento de Escolas. À **USP** cabe a vigilância epidemiológica, a elaboração de informações e planos no domínio da saúde

pública, a gestão de programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população e de grupos específicos. Colabora no exercício de funções de autoridade de saúde e conta com um técnico de saúde ambiental e de um delegado de saúde distrital.(Decreto-Lei nº 52/2022, 2022). A **URAP** presta cuidados de saúde e serviços de consultoria às demais unidades funcionais do ACES, promovendo a articulação com os cuidados hospitalares e com outros recursos da comunidade, sendo composta por médicos de especialidades hospitalares, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, e higienistas orais (Decreto-Lei nº52/2022, 2022). O estágio decorreu na UCSP, que tem uma estrutura idêntica às Unidades de Saúde Familiares (USF). As **USF** são “unidades elementares de prestação de cuidados de saúde individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, enfermeiros, e pessoal administrativo”(Decreto-Lei nº 298/2007, 2007, p.5588) e que têm como missão a “prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos” (Decreto-Lei nº298/2007, 2007, p. 5589). A **UCSP** tem por **Missão**

“a prestação de cuidados de saúde personalizados, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos, contribuindo para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, para a obtenção de ganhos em saúde, e, um modo direto, para cumprimento da missão do ACES em que se integra” [REDACTED] E.P.E., 2019).

A sua área de influência é no norte alentejano, atendendo um concelho composto por sete freguesias cuja população tem maioritariamente uma idade superior a 75 anos, com utentes na sua maioria do sexo feminino. Os projetos e programas desta unidade integram-se no plano de ação do ACES (Agrupamentos de Centro de Saúde). O atendimento é efetuado nas diferentes faixas etárias no âmbito da promoção da saúde, prevenção da doença e tratamento clínico em situações de

doença. A UCSP funciona em dias úteis entre as 8 horas e as 20 horas. Os profissionais que constituem a equipa são 7 médicos, 12 enfermeiros dos quais 2 enfermeiros especialistas de saúde infantil e pediátrica, 2 enfermeiros especialistas em saúde comunitária e 1 enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica. Os enfermeiros desenvolvem as suas atividades com uma equipa de médico de família/enfermeiro de família, assente em projetos e programas do Plano Nacional de Saúde. Sempre que necessário, articulam-se com os elementos da UCC e da equipa da URAP, bem como com outras unidades de saúde de forma a garantir a complementaridade dos cuidados de saúde, havendo intersubstituição da equipa de enfermagem UCSP/UCC. [REDACTED] E.P.E., 2019). Independentemente da especialidade, o método de trabalho é por enfermeiro de família. Segundo o Dec. Lei nº118/2014 o enfermeiro de família “é o profissional de enfermagem que, integrado na equipa multiprofissional de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade” (Decreto-Lei nº118/2014, 2014, p. 4070). Presta cuidados ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, promovendo a capacitação da família, privilegiando as áreas da educação e promoção da saúde, prevenção da doença, deteção precoce de doenças transmissíveis, gestão da doença crónica e da visita domiciliária (Decreto-Lei nº118/2014, 2014).. O conhecimento sobre a estrutura, função e processos de cada família permite que o enfermeiro de família otimize e preste cuidados de enfermagem individualizados, adaptados à singularidade de cada sistema familiar.(Kaakinen et al., 2018). . A filosofia dos Cuidados Centrados na Família, adotada em enfermagem pediátrica, vai ao encontro do método de organização de trabalho referido, pois os Cuidados Centrados na Família baseiam-se no pressuposto de que, para além da criança, a família é também alvo dos cuidados, procurando-se manter e reforçar os papéis e laços da família com a criança. Além disso, a filosofia referida baseia-se em dois conceitos centrais, a capacitação e empoderamento, ou seja, o recurso ao uso de capacidades e competências da família, bem como ao desenvolvimento de novas ferramentas, e o reconhecimento

da mudança de comportamentos como potenciador de forças internas (McCormack & McCance, 2006).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [REDACTED]. (2010). *Regulamento do Serviço de Pediatria da [REDACTED]*. 1–16.
- [REDACTED]. (2022). *Regulamento da Unidade Pediátrica de Assistência Domiciliária*. 1–27.
- Decreto-lei no 157/99. (1999). *Estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde. I Série-A* (no 108 de 10-05-1999), 2424–2435. <https://files.dre.pt/1s/1999/09/215a00/62996299.pdf>
- Decreto-Lei n.º 298/2007. (2007). Estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF) e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integrem as USF de modelo B. *Diário Da República, 1ª série*(nº 161), 5588–5596. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/298-2007-640665>
- Decreto-Lei nº118/2014. (2014). Estabelece os princípios e o enquadramento da atividade do enfermeiro de família no âmbito das unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, nomeadamente nas Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados. *Diário Da República, 1.ª série*(N.º 149), 4069–4071. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/118/2014/08/05/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei no 73/2017. (2017). *Altera o regime jurídico das unidades de saúde familiar. 1ª série* (no 118 de 21-06-2017), 3128–3140. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/73/2017/06/21/p/dre/pt/html>
- EACH European Association for Children in Hospital. (2017). *Anotações à Carta da Criança Hospitalizada*. www.each-for-sick-children.org
- Fisher, K. (2019). The High-Risk Newborn and Family. In M. J. Hockenberry, D. Wilson, & C. Rodgers (Eds.), *Wong`s Nursing Care of Infants and Children* (11a Ed., pp. 270–337). Elsevier.
- Guerra, M., Martins, I., Santos, D., Bernardino, A., & Pais, A. (2019). *AMBIENTE DA PRÁTICA EM ENFERMAGEM E QUALIDADE DOS CUIDADOS NURSING PRACTICE ENVIRONMENT AND CARE QUALITY*. 27, 181–195. <https://doi.org/10.7559/gestaoedesenvolvimento.2019.380>
- Grupo Português de Triagem. (2013). *Critérios-Cor-Branca*. www.grupoportuguestriagem.pt/wp-content/uploads/2021/01/Documentação-MTS-Critérios-Cor-Branca.pdf

- Grupo Português de Triagem. (2021). *Sistema de Triagem de Manchester*. http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4:sistema-de-triagem-de-manchester&catid=12&Itemid=110
- International Council of Nurses. (2019). *CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*
- Instituto de Apoio à Criança. (2017). Anotações à Carta da Criança Hospitalizada. In *Instituto de Apoio à Criança: Vol. 3a Edição*. EACH European Association for Children in Hospital. www.each-for-sick-children.org
- Instituto Nacional de Estatística. (2023). *Estatísticas Demográficas 2021*. www.ine.pt
- Lei no. 15/2014. (2014). *Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. 1.a série* (No 57 de 21-03-2014), 2127–2131. <https://data.dre.pt/eli/lei/14/2014/03/18/p/dre/pt/html>
- Kaakinen, J. R., Coehlo, Deborah Padgett, Steele, R., & Robinson, M. (2018). *Family Health Care Nursing: Theory, Practice, and Research* (F. A. Davis Company, Ed.; 6th ed.).
- Mackway-Jones, Kevin., Marsden, Janet., Windle, Jill., & Manchester Triage Group. (2006). *Emergency triage*. Blackwell Pub.
- McCormack, B., & McCance, T. v. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472–479. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>
- Nascimento, T., Frade, I., Miguel, S., Presado, M. H., & Cardoso, M. (2021). The challenges of nursing information systems: A narrative review of the literature. *Ciencia e Saude Coletiva*, 26(2), 505–510. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.40802020>
- Robin, R. (2014). Cuidados Domiciliários centrados na família. In Wong. *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (9ª, pp. 1530–1572).
- Serrano, M. T. P., Costa, A. da S. M. C. da, & Costa, D. N. M. V. N. da. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência, III Série* (3), 15–23.
- UNICEF. (2019). *Convenção sobre os Direitos da Criança*. [unicef_convenc-o_dos_direitos_da_crianca.pdf](https://www.unicef.org/pt/convencao-direitos-crianca)

[REDACTED] EPE. (2019). Manual de acolhimento.
[REDACTED].

Valota, J. H., & Haberland, D. F. (2022). O ambiente e humanização: contribuições da arquitetura hospitalar na humanização setor de pediatria. *Brazilian Journal of Health Review*, 5(1), 474-494. <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n1-040>

APÊNDICE IV: Estudo de caso



**13º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Estudo de Caso

Síndrome de Rett

Ana Luísa Henriques Roxo nº 10994

Professora Orientadora:
Prof. Sónia Colaço

Lisboa

2023

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	3
1. REVISÃO DA FISIOPATOLOGIA	5
1.1. Doença crónica e seu impacto na criança e família	5
1.2. Síndrome de Rett.....	9
1.3. Gastrostomia endoscópica percutânea (PEG)	13
2. O MODELO BETTY NEUMAN- IMPLICAÇÕES PARA A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS.....	15
3. HISTÓRIA DE SAÚDE DA CRIANÇA E FAMÍLIA	17
3.1. História da doença atual	19
3.2. Antecedentes de saúde	20
3.3. Apreciação física e de desenvolvimento	22
3.4. Apreciação da família e do papel parental	24
3.5. Identificação dos stressores	25
4. PLANO DE CUIDADOS	26
5. CONTRIBUTOS PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS.31	
6. CONCLUSÃO.....	33
Referências Bibliográficas.....	34

ANEXOS

ANEXO I: ESCALA DE BRADEN (CRIANÇAS) PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERA DE PRESSÃO

ANEXO II: AVALIAÇÃO DA DOR - ESCALA DE FLACC-R

INTRODUÇÃO

Este trabalho insere-se no âmbito do estágio no Internamento de Pediatria do [REDACTED], da Unidade Curricular Estágio com Relatório.

O estudo de caso tem inúmeras vantagens e, é uma ferramenta valiosa no processo de aprendizagem em enfermagem, promovendo a capacidade de análise e reflexão. Leva ao desenvolvimento dos conhecimentos prévios do discente, provocando o estudo e discussão sobre uma situação específica e pouco conhecida, contribuindo para a sua compreensão global. Ao favorecer a relação entre a teoria e a prática, motiva o discente a ter um espírito crítico e reflexivo (A. D. Silva et al., 2020).

Inclui neste estudo de caso, considerações de ordem teórica que ajudam a contextualizar a vivência desta família. Trata-se de uma criança de 5 anos, com Síndrome de Rett, internada no serviço de pediatria por quadro de vômito.

Começo por apresentar uma revisão da fisiopatologia da doença e situação da criança que serviu de base para este estudo, impacto da doença crónica.

Está organizado tendo como orientação o processo de enfermagem. Na etapa da avaliação estão incluídos aspetos da história pessoal e familiar.

A enfermagem individualizada é conseguida através da utilização do processo de enfermagem, processo este que é ativo e não um ato isolado.

Ao utilizar esta metodologia, perspectivam-se os assuntos que são relevantes para as circunstâncias atuais da criança/família, obtidos através da sua avaliação de acordo com a etapa da vida individual, com um nível atual de dependência/independência e, através da valorização dos fatores relevantes.

Este conjunto de informações oferece o perfil da individualidade da criança/família.

Esta avaliação é obtida através da observação, da aquisição de informação sobre os hábitos da criança/família, da escuta da família e, da recolha de informação relevante dos registos disponíveis.

A informação recolhida será então analisada para identificar os problemas reais e/ou potenciais, que se relacionam com cada Atividade de Vida e dispostos por ordem de prioridade.

Quando os enfermeiros prestam cuidados à criança/família, procuram fazê-lo de uma forma sistemática e científica. Mas, não bastam atos tecnicamente corretos ou especializados, é necessário desenvolvê-los com pensamento crítico. Segundo o Regulamento do Exercício de Enfermagem do [REDACTED] ([REDACTED]) (2019) "O ato de Cuidar só terá sentido e significado, se o Enfermeiro assim o desejar e, dependerá dos conhecimentos mobilizados, da intencionalidade e do empenhamento que imprime a esse agir" (Centro Hospitalar do Médio Tejo, 2019).

Segundo o regulamento acima referido, temos igualmente de ter em consideração os "...enunciados descritivos da profissão de acordo com a Ordem dos Enfermeiros" ([REDACTED], 2019).

1. REVISÃO DA FISIOPATOLOGIA

Antes de iniciar a descrição da situação clínica selecionada, irei fazer uma pequena revisão sobre doença crônica e como esta influencia a dinâmica de uma família, sobre a patologia selecionada e sobre o método de alimentação utilizado.

1.1. Doença crônica e seu impacto na criança e família

Os ministérios da saúde e do trabalho e da solidariedade, no despacho conjunto nº407/98, consideram doença crônica como “doença ou sequelas que decorrem de patologias cardiovasculares, respiratórias, gênito-urinárias, reumatológicas, digestivas, neurológicas e psiquiátricas, bem como de outras situações que sejam causa de invalidez precoce ou de significativa redução da esperança de vida”(Despacho Conjunto no 407/98, 1998).

Também os mesmos ministérios, no despacho conjunto nº861/99, consideram doença crônica como “a doença de longa duração, com aspetos multidimensionais, com evolução gradual dos sintomas e potencialmente incapacitante, que implica gravidade das limitações nas possibilidades de tratamento médico...”e.

Segundo Batalha (2017) doença crônica é

“toda e qualquer patologia de longa duração, evolutiva que determine uma alteração orgânica ou funcional irreversível, potencialmente incapacitante, sem perspectiva de remissão completa e que altere a qualidade de vida do portador a nível físico, mental, emocional, social e/ou económico” (L. M. C. Batalha, 2017)

As crianças com problemas médicos complexos incluem uma vasta gama de doenças crônicas, e problemas comportamentais e deficiências que têm um impacto adverso na sua qualidade de vida (Altman et al., 2018). Estas crianças necessitam de cuidados altamente especializados, muitas vezes prestados por equipas multidisciplinares, ao longo da infância e adolescência (Altman et al., 2018). As famílias muitas vezes lutam o encargo financeiro, emocional e físico de atender

às necessidades contínuas de seus filhos (Altman et al., 2018). São afetadas por exigências de tempo, stresse, privação de sono e problemas de comportamento, encargos estes aumentam quando a criança está doente(Hagvall et al., 2016) (Altman et al., 2018; Hagvall et al., 2016). Ao contatar o sistema de saúde, os pais estão muitas vezes exaustos devido ao aumento das necessidades relacionadas com a doença (Hagvall et al., 2016). O denominador comum para todas as crianças com problemas médicos complexos é a sua grande necessidade de ajuda e apoio no dia-a-dia O bem-estar dos pais é essencial para o bem-estar das crianças com doenças que limitam a vida(Koch & Jones, 2018) .

As suas vidas são geridas por múltiplas visitas a vários especialistas e serviços médicos e não médicos que estão desvinculados e descoordenados (Altman et al., 2018). Estas crianças estão também em maior risco de cair nas lacunas de um serviço de cuidados de saúde segmentado e desigual, com serviços de saúde e médicos que não estão coordenados (Altman et al., 2018). Isso resulta em piores resultados de saúde para a criança, frequentes idas ao serviço de urgência, internamentos hospitalares não planeados e mais prolongados, o que, por sua vez, afeta seu bem-estar e desenvolvimento, com oportunidades perdidas de promoção e prevenção da saúde devido à falta de envolvimento com os cuidados de saúde primários (Altman et al., 2018). Aquando da hospitalização, os pais tentam equilibrar as posições de cuidador com a sua própria necessidade de cuidados (Hagvall et al., 2016).

Os pais experimentam uma sensação de desconexão e silenciamento, uma vez que pouco é conhecido ou compreendido pelos profissionais de saúde sobre a experiência de cuidar dos filhos em casa, empregam grandes esforços para serem ouvidos e adquirirem serviços no âmbito dos sistemas de saúde e sociais e, sacrificam-se ao papel de cuidadores e tornam-se terapeutas e cuidadores dos seus filhos clinicamente frágeis à custa de se perderem como pais (Currie & Szabo, 2019).

Durante a hospitalização e, de modo a manter o equilíbrio entre agir como cuidador e necessitar de cuidados, Hagvall e associados (2016) sugerem que o

modelo de enfermagem de Alsop-Shields (2002) pode formar uma base para futuras implicações de enfermagem. A ideia deste modelo é que pais e filhos sejam vistos juntos como uma unidade e, os prestadores de cuidados de saúde formam a segunda unidade. O modelo descreve cinco pilares necessários para que a interação entre a unidade pai-filho e a unidade de pessoal funcione – atos e relações sociais, percepção, comunicação, papel e autoconceito (Hagvall et al., 2016). A comunicação é considerada a mais importante, sendo esta composta pelo conteúdo (o que é dito) e pela forma (como é comunicado) (Hagvall et al., 2016; Koch & Jones, 2018). A menos que as duas unidades tenham conhecimento suficiente uma da outra, nenhum cuidado pode ser prestado, nenhum tratamento administrado e nenhum comportamento mudado (Hagvall et al., 2016). Isto significa que, a fim de prestar cuidados ótimos, o profissional de saúde deve procurar ativamente o conhecimento sobre a condição médica da criança, aceitando ao mesmo tempo a ajuda dos pais em termos do seu conhecimento e conhecimento da criança (Hagvall et al., 2016). Além disso, o pessoal deve respeitar as rotinas da criança e família, negociar com os pais a sua participação nos cuidados e como os podem apoiar de modo a facilitar a prestação desses mesmos cuidados (Batalha, 2017; Hagvall et al., 2016).

Os irmãos também são afetados por terem um irmão ou irmã "diferente", e podem simultaneamente sentir culpa, raiva ou ciúme em relação ao irmão doente (Docherty et al., 2019). Os pais precisam de apoio e ajuda para compreender as reações dos irmãos de um doente crónico (por exemplo, regressão comportamental, ansiedade, abstinência, apatia) . Além disso, o deixar de participar em atividades extracurriculares ou eventos sociais ocorrem devido às rotinas impostas pela condição crónica do irmão/irmã (Docherty et al., 2019). Um fator importante na adaptação dos irmãos é a informação e o conhecimento sobre a doença ou a condição complexa do irmão ou irmã (Docherty et al., 2019). O que os irmãos juntam ou ouvem é muitas vezes muito pior do que a verdade. Muitas vezes imaginam coisas horríveis em relação às experiências relacionadas à doença, ao tratamento e à hospitalização (Docherty et al., 2019). Os profissionais de saúde

podem ajudar as famílias, conjunto com elas para que se tornem empoderados no processo de lidar com o stress (Docherty et al., 2019). Conseguem isto fornecendo orientação antecipatória e apoio emocional, auxiliando a família na avaliação e identificação de stressores específicos, no desenvolvimento de mecanismos para enfrentar a situação e estratégias de resolução de problemas, e em (Docherty et al., 2019).

O foco no nível de desenvolvimento da criança em vez da idade cronológica ou do diagnóstico enfatiza as habilidades e os pontos fortes da criança em vez de deficiências (Docherty et al., 2019). A atenção é direcionada para normalizar experiências, adaptar o ambiente e promover habilidades (Docherty et al., 2019).

Um desenvolvimento ótimo implica mais do que alcançar a independência. Requer orientação apropriada para estabelecer comportamentos sociais aceitáveis e sentimentos pessoais de autoestima, valor e segurança (Bryant, 2019). Estas competências não são simplesmente aprendidas através de um programa de estimulação. Devem partir do amor e do cuidado que existem entre os membros da família. No entanto, as famílias precisam de orientação para proporcionar um ambiente que promova um desenvolvimento ideal (Bryant, 2019).

As crianças com deficiências cognitivas têm a mesma necessidade de brincar e fazer exercício que qualquer outra criança. No entanto, devido ao seu desenvolvimento mais lento, os pais podem estar menos conscientes da necessidade de proporcionar tais atividades. Cabe assim ao enfermeiro orientar os pais para a seleção de atividades lúdicas e físicas adequadas (Bryant, 2019). O tipo de brincadeira é baseado na idade de desenvolvimento da criança, embora a necessidade de brincadeiras sensório-motoras possa ser prolongada. Os pais devem usar todas as oportunidades para expor a criança ao maior número possível de sons e sensações diferentes, devendo ser levada em passeios. Os brinquedos devem ser selecionados pelo seu valor recreativo e educativo (Bryant, 2019).

1.2. Síndrome de Rett

A Síndrome de Rett foi descrita pela primeira vez por Andreas Rett em 1966, após um estudo efetuado em 1966 com 31 raparigas que desenvolveram um quadro de deterioração neuro-motora, com características peculiares, acompanhado de hiperamonemia, tendo-o descrito como uma “Atrofia Cerebral associada à hiperamonemia”. Esta condição passou a ser mais bem conhecida após a publicação de um trabalho de Hagberg et al e, a partir do qual foi sugerida a denominação de Síndrome de Rett (SR) (Schwartzman, 2003).

Pelos critérios da CID-10 a SR está incluída no F84 sendo classificada como um dos transtornos mentais e comportamentais – Transtorno do Desenvolvimento Psicológico (Organização Mundial de Saúde, 2019).

Também no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, a SR é considerada como um dos cinco Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (American Psychiatric Association, 2013).

É fundamental o diagnóstico precoce, nas pacientes que preenchem os critérios diagnósticos, devendo ser efetuado um teste genético para confirmar a mutação do gene MECP2, após terem tido em consideração várias condições tais como paralisia cerebral e outras encefalopatias, Síndrome de Angelman, autismo e várias doenças metabólicas (Schwartzman, 2003).

Todos os requisitos abaixo:

- ✓ Desenvolvimento pré-natal e perinatal aparentemente normal
- ✓ Desenvolvimento psicomotor aparentemente normal durante os primeiros cinco meses de vida
- ✓ Perímetro cefálico normal ao nascer
- Início de todas as seguintes características após o período normal de desenvolvimento:
 - ✓ Desaceleração do crescimento cefálico entre a idade de 5 a 48 meses
 - ✓ Perda de habilidades manuais voluntárias anteriormente adquiridas entre a idade de cinco e 30 meses, com o desenvolvimento subsequente de movimentos estereotipados das mãos (p. ex., gestos como torcer ou lavar as mãos)
 - ✓ Perda do envolvimento social no início do transtorno (embora em geral a interação se desenvolva posteriormente)
 - ✓ Incoordenação da marcha ou dos movimentos do tronco

- | |
|--|
| ✓ Desenvolvimento da linguagem expressiva ou receptiva severamente comprometido, com severo retardo psicomotor |
|--|

Tabela - Critérios diagnósticos para Transtorno de Rett (A. P. Association, 2002)

Embora a SR seja uma doença genética, menos de 1% dos casos registrados são herdados. A maioria dos casos são espontâneos, ou seja, a mutação ocorre aleatoriamente. Existem, no entanto, elementos do sexo feminino que apesar de terem uma mutação do gene MECP2, não apresentam sintomas clínicos, sendo conhecidas como “portadoras assintomáticas (National Institute on Neurological Disorders and Stroke, 2022).

Apesar de ser uma síndrome que ocorre 1 em cada 10.000 nascimentos de crianças do sexo feminino, também pode ocorrer em crianças do sexo masculino. Estes frequentemente apresentam características clínicas da SR, mas apresentam problemas graves no período neonatal, tendo uma expectativa de vida reduzida (National Institute on Neurological Disorders and Stroke, 2022).

Algumas crianças com SR são mais afetadas do que outras. Além disso, a idade em que os primeiros sintomas se manifestam varia de criança para criança. Nascerem após uma gravidez e um parto sem complicações, com um desenvolvimento adequado até aos 6 meses de vida.

A SR é descrita em quatro estádios, embora os sintomas geralmente se sobreponham (Cabrera & Pravikoff, 2018; National Institute on Neurological Disorders and Stroke, 2022; N. L. S. e Silva et al., 2016).

Estádio 1 - Estagnação – Inicia-se entre os 6-18 meses e tem como sintomas:

- Hipotonia;
- Dificuldade na alimentação;
- Movimentos incomuns e repetitivos das mãos ou movimentos bruscos dos membros;
- Atraso no desenvolvimento da fala;
- Problemas de mobilidade – sentar, gatinhar e andar;

- Falta de interesse pelos brinquedos;

(Cabrera & Pravikoff, 2018; National Institute on Neurological Disorders and Stroke, 2022; N. L. S. e Silva et al., 2016)

Estádio 2 – Regressão ou estágio destrutivo rápido – Inicia-se entre ~1-4 anos. A criança começa por perder algumas das aquisições e pode durar de 2 meses a mais de 2 anos.

- Perda do uso das mãos intencionalmente – movimentos repetitivos das mãos são muitas vezes difíceis de controlar e incluem torcer, lavar, bater palmas ou bater;
- Períodos de angústia, irritabilidade e às vezes gritos sem motivo óbvio;
- Retraimento social - perda de interesse nas pessoas e evita o contato visual;
- Instabilidade e estranheza no andar;
- Desaceleração do crescimento da cabeça;
- Dificuldade em comer, mastigar ou engolir;
- Padrões de respiração anormais e apneia;
- Convulsões;
- Estrabismo;
- Diminuição ou perda da comunicação;
- Aerofagia que pode levar a distensão abdominal;
- Obstipação;

(Cabrera & Pravikoff, 2018; National Institute on Neurological Disorders and Stroke, 2022; N. L. S. e Silva et al., 2016)

Estádio 3 – Pseudoestacionário – Ocorre entre ~2-10 anos. Muitas vezes dura por muitos anos, com muitas crianças permanecendo nesta fase durante a maior parte das suas vidas. Nesta fase pode ocorrer uma melhoria dos sintomas.

- Problemas com o sono e a agitação podem diminuir, sintomas de autismo podem melhorar. No entanto rigidez, bruxismo e movimentos involuntários da língua podem aumentar;
- Escoliose come a desenvolver-se;
- Distúrbios comportamentais – risos, gritos e choro excessivos, inclusive durante a noite, podem durar muitas horas;
- Convulsões podem tornar-se mais comuns;
- Padrões respiratórios irregulares podem piorar;
- Baixo ganho de peso;
- Dificuldades na alimentação;
- Lesões cutâneas;
- Contracturas articulares são comuns nas extremidades superiores;

(Cabrera & Pravikoff, 2018; National Institute on Neurological Disorders and Stroke, 2022; N. L. S. e Silva et al., 2016)

Estádio 4 – Deterioração motora tardia – Inicia-se pelos 10 anos de idade. Pode durar anos, até décadas. É acompanhado por uma lenta progressão dos atrasos motores, que já são bastante visíveis.

- Escoliose;
- Diminuição da força muscular e espasticidade principalmente nas pernas;
- Diminuição dos movimentos manuais estereotipados;
- Diminuição das convulsões;
- O contato visual melhora;
- Aumento da tolerância à dor;
- Desnutrição;
- Disfunção gastrointestinal;
- Aquisição de refluxo gastroesofágico;
- Obstipação;
- Lesões cutâneas;
- Contracturas articulares nas extremidades superiores

(Cabrera & Pravikoff, 2018; National Institute on Neurological Disorders and Stroke, 2022; N. L. S. e Silva et al., 2016)

1.3. Gastrostomia endoscópica percutânea (PEG)

A gastrostomia consiste em uma abertura artificial do trato digestivo alto (estômago), que se comunica com o meio externo por meio da fixação de um cateter para alimentação ou descompressão gástrica, geralmente localizado no quadrante superior esquerdo, cujo tempo de permanência pode ser temporário ou definitivo (C. O. da Silva et al., 2019)

Atualmente, o procedimento de escolha para o fornecimento de suporte enteral é a gastrostomia endoscópica percutânea (PEG), que apresenta um baixo índice de complicações (Rodrigues et al., 2018)

A necessidade de uma ostomia na criança modifica toda a estrutura familiar, sendo a mãe a principal responsável pela prestação dos cuidados, estando ela constantemente presente na evolução da saúde do seu filho. Em contrapartida, a sua vida particular, assim como sua vida profissional, acaba sendo prejudicada com o abandono de seus projetos e trabalhos para se dedicar aos cuidados com o filho de forma integral (Rosado et al., 2014)

A atuação do enfermeiro junto aos utentes gastrostomizados assume uma posição essencial, pois esse presta uma assistência de forma especializada, tanto para o utente como para a família. Esta relação assistencial começa no meio intra-hospitalar entre a criança, o cuidador e os profissionais, desde o pré-operatório até a alta da criança para seu domicílio. Os cuidados relacionados à gastrostomia são indispensáveis aos utentes, pois garantem a segurança do procedimento, sem risco de complicações. O manejo do dispositivo usado pelas crianças gastrostomizadas é muito desafiador para as famílias, visto que o relacionamento com estas crianças é

difícil tanto para os pais, como para os demais familiares e profissionais de saúde (Cruz et al., 2012)

O cuidado à criança com gastrostomia é feito pela equipe multidisciplinar, cabendo ao enfermeiro planejar, gerir e organizar ações educativas que envolvam pais/responsáveis/família/cuidadores, no processo do cuidar durante o período de internamento (Rodrigues et al., 2018; Sena et al., 2017). Essas ações devem referir os cuidados diários (administração nutrição enteral via gastrostomia e penso), a identificação de complicações na ostomia e pele, e incidentes relacionados a saída acidental do cateter, visando proporcionar à família autonomia e segurança no cuidado ao seu filho quando este retorna ao domicílio (Costa et al., 2017; N. G. Nascimento et al., 2015; Otero Regino et al., 2015; Rodrigues et al., 2018; T. Silva et al., 2018)

A alimentação por gastrostomia é a administração de um preparado de nutrientes especial (solução nutritiva para alimentação assistida), vulgo conhecida por dieta polimérica, por meio de uma gastrostomia. A personalização da dieta implica o contato com um dietista. A alimentação pode ser administrada, através de bomba infusora, de forma contínua ou intermitente. [REDACTED]

Os produtos prescritos são administrados à temperatura ambiente. Depois de abertos, os produtos conservam-se no frigorífico à temperatura de 5-8°C, não mais de 24 horas. Antes da administração podem ser aquecidos no micro-ondas à temperatura corporal. [REDACTED]

O primeiro alimento líquido a ser administrado deverá estar à temperatura ambiente, devendo o utente deverá permanecer em fowler alto ou semi-fowler e, manter a posição até pelo menos uma hora após a alimentação [REDACTED]

2. O MODELO BETTY NEUMAN- IMPLICAÇÕES PARA A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

O Modelo de Sistemas de Neuman baseia-se na Teoria Geral dos Sistemas e, inscreve-se no Paradigma da Integração que infere que os fenômenos são contextuais e multidimensionais, são reconhecidos os múltiplos elementos e manifestações de um fenômeno, bem como o contexto específico em que um fenômeno ocorre e, o desenvolvimento do conhecimento visa, portanto, à identificação de múltiplos fatores e suas interações (Pepin et al., 2017).

Neuman apresenta o conceito de pessoa como um sistema de cliente aberto em constante mudança e em interação recíproca com o ambiente. O cliente pode ser um indivíduo, família, grupo, comunidade ou questão social. É um composto dinâmico de inter-relações entre fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais (Lawson, 2014; Neuman & Fawcett, 2011). Newman acredita que a enfermagem se preocupa com a pessoa como um todo. Ela vê a enfermagem como uma profissão única, uma vez se preocupa com todas as variáveis que afetam a resposta de um indivíduo ao stress (Lawson, 2014). Deste modo a apreciação que o enfermeiro faz, do sistema criança-família, deve ser tida em conta, uma vez que condiciona a sua prestação de cuidados e a especificidade das intervenções (Neuman & Fawcett, 2011). A criança e família, ao interagirem com o ambiente, estão numa relação recíproca e constante com ele. Neuman define o ambiente como todos os fatores internos e externos que rodeiam e interagem com a criança e família, onde os stressores (intrapessoais, interpessoais e extrapessoais) são forças ambientais que interagem e potencialmente alteram a estabilidade do sistema (Neuman & Fawcett, 2011). O ambiente foi dividido em três: interno que é intrapessoal (dimensão anatomofisiológica da criança e dimensão psicoemocional da família); o externo que é interpessoal (interações entre a criança e os cuidadores) ou extrapessoal (características ambientais onde a criança está inserida) e, o criado é de natureza dinâmica e mobiliza todas as variáveis do sistema (Neuman &

Fawcett, 2011). A criança é considerada um sistema aberto no contexto da família, composto por variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento que, agem em harmonia e com estabilidade em relação aos stressores externos e internos e, estas variáveis são entendidas pela enfermagem (Neuman & Fawcett, 2011). Neuman atribuiu importância aos níveis de prevenção de stresse para os cuidados de enfermagem; prevenção primária ocorre antes que o sistema reaja a um stressor fortalecendo principalmente a linha de defesa flexível da pessoa para permitir que ela lide melhor com os stressores e, por outro lado, manipula o ambiente para reduzir ou enfraquecer esses mesmos stressores. A prevenção primária inclui a promoção da saúde e a manutenção do bem-estar (Lawson, 2014; Neuman & Fawcett, 2011). A prevenção secundária ocorre após a reação do sistema a um stressor, centrando-se na utilização dos recursos internos e externos da criança e família, no sentido da prevenção de lesões ao núcleo central, fortalecendo as linhas internas de resistência e/ou removendo o stressor, aumentando os fatores de resistência através do diagnóstico precoce e do tratamento eficaz de sintomas de doença, ou da promoção de cuidados às lesões cutâneas por exemplo (Lawson, 2014; Neuman & Fawcett, 2011) e, a prevenção terciária em que se tenta reduzir, através de estratégias de prevenção secundária, os fatores residuais provocados por um fator stressante devolvendo assim o bem-estar à criança e família, podendo reconduzir o processo de intervenção à prevenção primária (Lawson, 2014; Neuman & Fawcett, 2011). A reconstituição ocorre após o tratamento das reações stressoras e, representa o retorno do sistema à estabilidade, que pode estar em um nível maior ou menor de bem-estar do que antes da invasão do stressor (Lawson, 2014).

Através dos seus princípios holísticos este modelo permite, que os enfermeiros possam alcançar cuidados de enfermagem de alta qualidade baseados nas melhores evidências científicas. Além disso o modelo é considerado como fornecendo uma perspectiva de sistema que pode ser utilizada em diferentes contextos, nomeadamente com pessoas individuais, famílias, comunidades, grupos e em questões de saúde pública. Ao efetuar a avaliação do "sistema" da criança e

família através das suas diretrizes, este modelo permite assim a implementação de intervenções preventivas que podem ser consideradas fundamentais para a uma prestação de cuidados. (Neuman & Fawcett, 2011).

3. HISTÓRIA DE SAÚDE DA CRIANÇA E FAMÍLIA

Os modelos teóricos e o Modelo Concetual da Ordem dos Enfermeiros suportam, no contexto português, durante a última década, o desenvolvimento de um sistema de informação em enfermagem, SClínico®, para além de integrar a linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), incorpora itens tradutores do processo de enfermagem, contribuiu significativamente para a sua incorporação (Ribeiro et al., 2018).

Em Portugal, conforme o regulamentado para o exercício profissional de enfermagem, a resposta às necessidades de cuidados dos clientes implica uma abordagem sistemática e intencional, só possível de ser devidamente concretizada com recurso a uma metodologia científica, ou seja, com recurso ao processo de enfermagem. A aplicação deliberada e sistemática do processo de enfermagem permite que as necessidades dos clientes sejam atendidas de forma específica e segura, o que pode acrescentar qualidade ao cuidado, bem como melhorar a visibilidade, a valorização e o reconhecimento profissional(Ribeiro et al., 2018).

Alfaro-LeFevre (2014) refere que o Processo de Enfermagem apresenta cinco fases: colheita de dados, diagnóstico de enfermagem, planeamento dos cuidados, implementação dos cuidados e avaliação dos cuidados. Este processo pode ser um ciclo continuo de pensamento/ação (Alfaro-LeFevre, 2014).

Ao utilizar este processo o enfermeiro recolhe as informações mais relevantes relacionadas com as necessidades da criança/família (Colheita de dados), executando a revisão da informação colhida identificando os problemas reais ou potenciais e, quais os que necessitam, prioritariamente, de resolução (Identificação de problemas). Potter e Perry (2017) referem que esta fase tem o propósito de dar ao profissional uma base de dados sobre a pessoa como: história clínica, história da doença anterior, estado de bem-estar, práticas de saúde, e a condição atual da pessoa (Alfaro-LeFevre, 2014; Potter et al., 2017).

Posteriormente, o enfermeiro determina os objetivos a curto e longo prazo, possíveis de serem atingidos, tendo presentes as capacidades da criança/família, devendo ser realistas, alcançáveis e mensuráveis, para que a sua avaliação posterior seja possível (Planeamento) (Alfaro-LeFevre, 2014).

O plano de enfermagem comporta uma parte direcionada para as intervenções interdependentes e, outra relacionada com as intervenções autónomas (Diagnósticos de enfermagem) (Alfaro-LeFevre, 2014).

Após a Implementação do plano de cuidados, surge a etapa final do Processo de Enfermagem (Avaliação). Nesta altura, o enfermeiro certifica-se se os objetivos foram ou não atingidos, ou se o foram apenas parcialmente. Se nem todos foram atingidos, há a necessidade de proceder a nova revisão/alteração do planeamento efetuado.(Alfaro-LeFevre, 2014).

O processo de enfermagem complementa o que outros profissionais de saúde fazem, focalizando tanto os problemas clínicos quanto o impacto desses problemas e dos planos de tratamento na vida dos utentes. O enfermeiro, consulta as prescrições médicas, mas concentra sua atenção na pessoa como um todo – por exemplo, como controlar a dor holisticamente, se há risco de lesão ou problema com a integridade cutânea e quais são os inconvenientes encontrados pelo utente. Esse enfoque holístico assegura que as intervenções sejam elaboradas para a pessoa e não apenas para a doença (Alfaro-LeFevre, 2014).

Em resumo o Processo de enfermagem:

- Foco no corpo, mente e espírito; busca maximizar a saúde e a independência;
- Considera, principalmente, como a vida das pessoas é afetada pelos problemas;
- Controla os problemas clínicos sob as prescrições ou os protocolos médicos;
- Previne os problemas clínicos por intermédio do cuidado de enfermagem proativo (Alfaro-LeFevre, 2014).

3.1. História da doença atual

Criança de 5 anos, com os antecedentes de Síndrome de Rett, internada no Serviço de Pediatria no hospital da área de residência de 18 a 22 de julho de 2022 por quadro de vômitos com melhora progressiva, estando à data de alta a tolerar Frebini 150ml. 3/3h. Voltou a ser internada a 25/07 por quadro de vômitos após todas as refeições. Dejeções e micções mantidas. Sem febre ou outra sintomatologia. Sem contexto epidemiológico relevante. Iniciou fluidoterapia para 100% das necessidades básicas. Posteriormente, recomeçou alimentação com Frebini em débito contínuo (durante 24h) com aumento progressivo da dieta entérica e redução progressiva da fluidoterapia endovenosa. No entanto, quando se iniciou administração a 100% das necessidades básicas por via entérica, houve agravamento de náusea e vômitos. Foi ainda tentado esquema de Frebini em perfusão de 2h e pausa de 1h, com pausa noturna e aumento progressivo, mas com volumes diários superiores a 70% das necessidades básicas, surgiu novo agravamento das náuseas e vômitos. Neste contexto, iniciou esomeprazol e domperidona (colocada hipótese de refluxo gastro-esofágico). Alterado novamente esquema alimentar com fórmula mais elementar-Peptisorb-inicialmente em perfusão contínua durante 18h e pausa noturna. Sempre que se verificava um aumento de mais de 70% das necessidades básicas novo agravamento do quadro. Passou-se de novo para esquema de perfusão contínua de 2h com pausa de 1h mas, mais uma vez, com o aumento progressivo verificou-se intolerância alimentar (ainda houve uma tentativa de alimentação com Nutrini Energy Multifibers (hipercalórico 1.5kcal/ml), que não foi tolerada). Manteve Peptisorb por parecer ser a fórmula com melhor tolerância, no entanto mantendo sempre náusea no período da alimentação/administração de medicação. Suspendeu-se domperidona por ausência de melhora e iniciou ondastron fixo de 8/8h sem novos episódios de vômitos posteriormente. Na última semana do internamento no hospital da área de residência, verificada maior sonolência e menor atividade da criança. Durante o internamento verificados também episódios de baixas de saturação periférica associados a cianose labial em período de náusea mais intensa. Diurese sempre

Antecedentes paternos

Idade: 34 anos

Nº de filhos vivos: 2

Antecedentes Pessoais:

Alergias: Não refere

Escolaridade: 9º ano

Profissão: bombeiro

Situação Profissional: No ativo

Nacionalidade:

Religião: Católica

Antecedentes Saúde Familiares

Avô paterno – Diabetes Mellitus, Tuberculose

Avô materno – Insuficiência cardíaca

Avó materna – Diabetes Mellitus, cirrose, cancro do útero

Suporte familiar

Pais separados, guarda partilhada, passa fins de semana com o pai. O agregado familiar é composto pela B., mãe, irmão de 7 anos, tios maternos e primo materno

Desenvolvimento estato-ponderal: progressão entre P3-P15 nos primeiros 2 anos de vida. Má progressão estato-ponderal a partir dos 2 anos com $P < 3$;

Desenvolvimento psicomotor: Aparentemente adequado até 8-9 meses, altura em que a mãe começou a preocupar-se que "não se aguentava sentada". Nunca adquiriu marcha autónoma, embora andasse agarrada às coisas. Primeiras palavras pelos 12 meses (mamã/papá), não evoluiu na linguagem, tendo inclusivamente deixado de as dizer. Mãe refere aos 2 anos, episódio de "ficar subitamente parada, com olhar parado", o que motivou ida ao hospital da área de residência. Desde então, houve regressão das aquisições. Deixou de andar agarrada, deixou de utilizar as mãos, de agarrar coisas. Desinteresse por brinquedos. Aos 3,5 anos deixou de mastigar. Nunca chegou a apontar, fazer adeus, fazer jogo simbólico ou imitar tarefas domésticas. Bateu palminhas ao 1,5 ano e regrediu.

Alimentação: Fez Leite Materno somente no primeiro mês de vida. Iniciou diversificação alimentar aos 6 meses, sem intercorrências. Aos 2 anos de idade começou a rejeitar determinados alimentos, havendo rejeição total por volta dos 4 anos. Necessitou de colocação de SNG (agosto 2021) com progressão para colocação de gastrostomia em novembro 2021 (aos 4 anos e 8 meses). Aquando do internamento, Frebini 180ml de 3/3h.

Vacinas: Imunização atualizada de acordo com PNV português, sem vacinas extraprograma.

Doenças prévias: Bronquiolite aguda aos 3 anos de idade.

Internamentos prévios:

- Internamento no hospital da área de residência em agosto de 2021 - colocação de SNG;
- Internamento num hospital central em novembro de 2021 para colocação de PEG;
- Internamento no hospital da área de residência em maio de 2022 - extravasamento cutâneo de conteúdo da PEG.
- 2 Internamentos no hospital da área de residência em julho de 2022 por vômitos persistentes / refluxo gastroesofágico.

Cirurgias prévias: Colocação de gastrostomia.

3.3. Apreciação física e de desenvolvimento

Exame objetivo
Idade Cronológica: 5 anos
Peso: 13,400 Kg
Estatura: 97 cm
Respiração: 18 ciclos/min. Eupneica, ampla, simétrica, mista
Circulação: FC: 120 pulsações/min Sat O2: 97%

Pressão arterial: Sistólica: 97 mm/Hg **Diastólica:** 58 mm/Hg
Temperatura Timpânica: 36,8°C
PNV: Atualizado
Alergias: Desconhece
Pele e mucosas: Quente, pálida, mucosas hidratadas. Integras
Fontanelas: Encerradas
Dentição: Nunca foi ao dentista. **Higiene oral:** 2x/dia
Alimentação: Colocada PEG em agosto de 2021.
Dieta em débito contínuo: 10h – 1h: Survimed corre a 50ml/h; 1h -10h: 450ml água + 15 medidas Pepti + 4 medidas Energyvit corre a 60ml/h
Sono e Repouso: Diurno: sesta às 9h e 15 horas **Noturno:** Das 21h às 8h. Por vezes agitado. Utiliza peluche
Controlo de Esfíncteres: Não. Utiliza fralda
Eliminação Intestinal: 2 em 2 dias
Higiene: Banho total diário na banheira.
Atividade Física: Sentar: Com apoio. **Andar:** Não anda **Tónus Muscular :** Hipertónico e espástico
Integração Educativa: Frequentava o Jardim Infantil até ao confinamento. Em casa com a mãe.
Vigilância de Saúde: USF área residência; Consulta desenvolvimento e Neuropediatria; Consulta de gastro/nutrição e cirurgia pediátrica; Consulta cardiologia; Consulta ortopedia e medicina física e de reabilitação; Consulta de nutrição;
Terapias de apoio: Terapia da fala; Terapia ocupacional; Fisioterapia
Medicação habitual: Depakine 5ml + 4 ml (40mg/ml); Risperidal 5 gotas 2x/dia; Lactulose 5ml 1x/dia, Dragagel SOS
Avaliação do Desenvolvimento: Recurso à Escala de Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada

Avaliação do desenvolvimento através da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada (5 anos). Dessa observação emergiu o seguinte:

A nível da Postura e Motricidade Global –Não consegue ficar de pé sem apoio e apenas durante curtos períodos. Senta-se apenas com apoio. Deambula em cadeira de rodas adequada à estatura e peso.

Visão e Motricidade Fina – Aparentemente sem alterações da visão. Apresenta movimentos estereotipados das mãos

Audição e Linguagem – Aparentemente sem alterações da audição. Apenas emite sons

Comportamento e Adaptação Social - Interage minimamente com a mãe através da expressão facial. Sorri ao estímulo e interage por curto período. Apresenta períodos de irritabilidade com movimentos repetitivos das mãos

3.4. Apreciação da família e do papel parental

O agregado familiar é composto pela B., a mãe, o irmão mais velho, tios maternos e primo materno. Esta família reside em casa própria, com quintal no exterior.

Durante o internamento a B. esteve sempre acompanhada pela mãe, não tendo visitas por parte de nenhum familiar, sendo a mãe a principal cuidadora.

Até ao início da pandemia a B. estava a frequentar o jardim infantil da área de residência, tinha apoio das terapias da fala e ocupacional bem como de fisioterapia e, a mãe estava empregada numa unidade fabril da área de residência. Neste momento está em casa com a mãe que se encontra de atestado de apoio à família mas ainda não reiniciou nem a fisioterapia nem as terapias, sendo a mãe a principal cuidadora com o apoio esporádico da tia e avó materna. Ainda não retornou a passar os fins-de-semana com o pai.

Dado tratar-se de uma família vulnerável em termos económicos em setembro de 2021 foi solicitada à Liga de Amigos do hospital da área de residência apoio na aquisição da alimentação prescrita.

Como tem estado em hospitalização domiciliária, têm sido fornecidos pelo hospital da área de residência todo o material, medicação e alimentação necessária

Também com a ajuda e orientação da assistente social do hospital da área de residência, foram enviadas à segurança social toda a documentação necessária para solicitar todos os apoios a que esta família e criança têm direito.

3.5. Identificação dos stressores

STRESSORES INTRAPESSOAIS
Fisiológicos
NEUROLÓGICO – disfunção do sistema,
GASTROINTESTINAIS – diminuição do peso, diminuição do apetite, incontinência intestinal
GENITOURINÁRIO - incontinência urinária
DERMATOLÓGICO – pele íntegra. Risco de lesão da pele por não controle dos esfíncteres, gastrostomia
MUSCULOESQUELÉTICO - Não consegue ficar de pé sem apoio e apenas durante curtos períodos. Senta-se apenas com apoio.
Psicológico
Pais separados, guarda partilhada. Passava os fins-de-semana com o pai até ao início da pandemia.
Desenvolvimento
Terapia da fala; Terapia ocupacional; Fisioterapia
Sociocultural
Interage minimamente com a mãe através da expressão facial. Sorri ao estímulo e interage por curto período. Apresenta períodos de irritabilidade com movimentos repetitivos das mãos
Espiritual
Mãe é católica. Mantém esperança de que a filha vai melhorar
STRESSORES INTERPESSOAIS
Dependência muito centrada nas instituições e nos profissionais de saúde da área de residência, principalmente a nível hospitalar
Dependência no que respeita à mobilização e outros cuidados
STRESSORES EXTRAPESSOAIS
Internamento muito prolongado, interfere nas rotinas da B.
Mãe encontra-se há dois anos com atestado de apoio à família

4. PLANO DE CUIDADOS

Tipo de variáveis	Foco	Diagnóstico	Nível de prevenção	Intervenções	Avaliação
D E S E N V O L V I M E N T O	Desenvolvimento Infantil	<ul style="list-style-type: none"> • Potencial da mãe e (ou) pai para melhorar o conhecimento sobre o desenvolvimento infantil 	<ul style="list-style-type: none"> • Primária • Secundária • Terciária 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o desenvolvimento infantil e juvenil (recurso à escala de Mary Sheridan Modificada); • Monitorizar altura; • Monitorizar peso corporal; • Monitorizar índice de massa corporal; • Avaliar pressão arterial; • Avaliar frequência cardíaca; • Avaliar frequência respiratória; • Avaliar o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil; • Incentivar os pais a promover atividades promotoras do desenvolvimento adequadas à idade: <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar atividades que permitam desenvolver a área motora; 	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento da mãe e (ou) pai sobre o desenvolvimento infantil; • Com desenvolvimento infantil comprometido.

F I S I O L Ó G I C O	Úlcera de pressão	<ul style="list-style-type: none"> • Alto risco de úlcera de pressão; • Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e (ou) do pai sobre prevenção de úlcera de pressão 	<ul style="list-style-type: none"> • Primária 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar risco de úlcera de pressão na criança – Escala de Braden Q Pediátrica; • Avaliar conhecimento da mãe e (ou) do pai sobre prevenção de úlcera de pressão; • Avaliar integridade da pele; • Avaliar a pele; • Vigiar sinais de úlcera de pressão; • Providenciar dispositivos – superfície de apoio; • Aplicar creme; • Aliviar zonas de pressão através de dispositivos 	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento da mãe e (ou) do pai sobre prevenção de úlcera de pressão
F I S I O L Ó G I C O	Dor	<ul style="list-style-type: none"> • Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e (ou) do pai sobre estratégias de alívio da dor 	<ul style="list-style-type: none"> • Secundária • Primária 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar a dor – Escala FLACC-R; • Prestar cuidados não traumáticos; • Gerir a dor através de intervenções farmacológicas e não farmacológicas; • Avaliar conhecimento da mãe e (ou) do pai sobre estratégias de alívio da dor; • Ensinar a mãe e (ou) o pai sobre estratégias de alívio da dor; 	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento da mãe e (ou) do pai sobre estratégias de alívio da dor
F I S I O L	Cair	<ul style="list-style-type: none"> • Médio risco de queda; • Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e (ou) do pai 	<ul style="list-style-type: none"> • Primária 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar risco de queda da criança; • Avaliar conhecimento sobre prevenção de queda; • Orientações antecipatórias sobre medidas de segurança; • Vigiar medidas de segurança – cama travada, 	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento da mãe e (ou) do pai sobre prevenção de queda

Ó G I C O		sobre prevenção de queda		grades elevadas, sistema de chamada disponível; <ul style="list-style-type: none"> • Validar acompanhamento da criança; • Negociar com a mãe (ou) o pai plano de cuidados; • Vigiar comportamento; 	
P S I C O L Ó G I C O	Parentalidade	<ul style="list-style-type: none"> • Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e (ou) do pai para tomar conta (necessidades especiais); • Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e (ou) do pai para tomar conta (necessidades desenvolvimentais) 	<ul style="list-style-type: none"> • Primária 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar conhecimento da mãe e (ou) do pai para tomar conta (necessidades desenvolvimentais); • Avaliar papel parental; 	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento da mãe e (ou) do pai sobre conhecimento da mãe e (ou) do pai para tomar conta (necessidades desenvolvimentais)
F I S I O L Ó G I C O	Ingestão Nutricional	<ul style="list-style-type: none"> • Risco de compromisso nutricional; 	<ul style="list-style-type: none"> • Primária 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar risco de compromisso nutricional; • Alimentar através de sonda (PEG); • Otimizar sonda gástrica; • Monitorizar peso corporal; • Monitorizar altura; 	<ul style="list-style-type: none"> •

<p style="text-align: center;">F I S I O L Ó G I C O</p>	<p>Alimentar-se</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentar-se comprometido; • Alimentar-se, dependente grau elevado em 	<ul style="list-style-type: none"> • Primária • Primária • Secundária • Terciária • Primária • Primária • Secundária • Terciária 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o alimentar-se; • Alimentar através de estoma (gastrostomia): <ul style="list-style-type: none"> – Verificar a existência de conteúdo gástrico antes de cada administração; – Vigiar características do conteúdo gástrico; – Monitorizar conteúdo gástrico; – Confirmar a posição da sonda, marcada em cm; • Ensinar a mãe e (ou) o pai sobre alimentação por estoma; • Supervisionar prestador de cuidados a alimentar; • Identificar necessidade de equipamento adaptativo para o alimentar-se; • Substituir o sistema de alimentação de 24/24 horas; • Cuidados com o estoma: <ul style="list-style-type: none"> – Vigiar estoma; – Vigiar pele periférica ao estoma; 	<ul style="list-style-type: none"> •
<p style="text-align: center;">F I S I O L Ó G I C O</p>	<p>Tossir</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sem tossir comprometido 	<ul style="list-style-type: none"> • Primária 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o tossir; • Vigiar tosse; • Monitorizar frequência respiratória; • Monitorizar saturação de oxigénio; • Monitorizar Tensão arterial; • Monitorizar frequência cardíaca; • Monitorizar temperatura corporal; • Vigiar pulso; • Vigiar respiração; 	<ul style="list-style-type: none"> •

F I S I O L Ó G I C O	Vômito	<ul style="list-style-type: none"> • Sem vômito • Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e (ou) do pai sobre vômito 	<ul style="list-style-type: none"> • Primária 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o vômito 	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento da mãe e (ou) do pai sobre vômito
F I S I O L Ó G I C O		<ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> • Primária 	<ul style="list-style-type: none"> • Vigiar eliminação urinária; • Vigiar eliminação intestinal; 	

5. CONTRIBUTOS PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Segundo o Regulamento n.º 422/2018 (2018), o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediatria presta cuidados em parceria com a família, para promover o mais elevado estado de saúde possível, utilizando diferentes abordagens e mobilizando recursos para assistir a criança/família, em situações de particular complexidade (Regulamento no 422/2018, 2018).

Neste sentido, o estudo caso tornou-se uma estratégia facilitadora desenvolvimento de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediatria. Ao elaborá-lo, verifiquei que necessitava aprofundar os meus conhecimentos sobre doença crónica, o seu impacto na criança e família, bem como sobre a atuação do enfermeiro especialista para facilitar a adaptação a esta situação.

Relativamente às competências comuns do Enfermeiro Especialista, considero que desenvolvi competências no Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento no 140/2019, 2019).

No que diz respeito às competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediatria, esta situação em particular foi enriquecedora, tendo desenvolvido principalmente as competências, assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde e cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade (Regulamento no 422/2018, 2018).

Durante o contacto com a mãe escutei o que dizia, de modo a negociar com ela os cuidados procurei escutar ativamente, mostrar disponibilidade e negociar com ela a prestação de cuidados, referindo que estava disponível para prestar os cuidados à B. sempre que necessitasse de um momento de descanso ou de sair do serviço para cuidar da sua higiene ou para ir ao bar.

Cabe também ao enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediatria, através dos cuidados centrados na família e cuidados não traumáticos, implementar intervenções terapêuticas promotoras da adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, deficiência/incapacidade e, procurar evidência científica para implementar estratégias promotoras de esperança(Regulamento no 422/2018, 2018).

Procurei utilizar o modelo teórico de Betty Newman e através dos cuidados centrados na família e cuidados não traumáticos, implementar intervenções terapêuticas de modo a dar resposta aos stressores identificados.

6. CONCLUSÃO

Analisando os cuidados prestados à B. e à sua mãe, verifica-se que a maioria das intervenções contribuíram para os resultados esperados, implementando respostas de enfermagem apropriadas e promovendo comportamentos potenciadores de saúde.

No entanto verificaram-se algumas inconsistências nos cuidados prestados o que promoveu a sua análise e reflexão.

Uma vez que a B. não tem controlo sobre os seus movimentos, apresenta um elevado risco de queda não existe sinalética na unidade nem na pulseira. O risco de queda não é avaliado de forma sistemática, apesar de se utilizar a Escala de Avaliação do Risco de Queda (criança).

No que respeita ao risco de úlcera de pressão, existe um risco elevado cuja avaliação está sistematizada utilizando a Escala de Braden-Q Pediátrica, mas não existe sinalética que o identifique. No entanto, existe o cuidado de manter a pele limpa, seca, hidratada e massajada, bem como a utilização de almofadas de posicionamento e de colchão de pressão alternada.

Em relação à promoção do desenvolvimento, a B. apresenta um desenvolvimento inadequado para a idade. No entanto, a mãe brinca com ela utilizando os jogos existentes no serviço para crianças de 6 meses. Outro grande foco de preocupação e de intervenção de enfermagem relaciona-se com o papel parental e a parentalidade. Não existindo nenhum instrumento para avaliar as necessidades parentais e o stresse parental, as intervenções de apoio ao desenvolvimento do papel parental são inconsistentes, baseadas nos conhecimentos e competências individuais de cada profissional de saúde e na sua disponibilidade para, apoiar a parentalidade, estabelecer relações empáticas e capacitar a mãe para cuidar da B.

- Currie, G., & Szabo, J. (2019). 'It would be much easier if we were just quiet and disappeared': Parents silenced in the experience of caring for children with rare diseases. *Health Expectations*, 22(6), 1251–1259. <https://doi.org/10.1111/hex.12958>
- Despacho Conjunto nº 407/98. (1998). Orientações reguladoras da intervenção articulada do apoio social e dos cuidados de saúde continuados dirigidos às pessoas em situação de dependência. *Diário Da República*, 138(II Série), 8328–8332.
- Despacho Conjunto nº 861/99. (1999). Institui uma licença especial para acompanhamento de filho ... ou doente crónico. *Diário Da República*, 235(II Série), 15015–15015.
- Direção-Geral da Saúde. (2010). Orientações Técnicas sobre a Avaliação da Dor nas Crianças. *Orientação Nº 014/2010*, 1–4.
- Direção-Geral da Saúde. (2011). Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). *Orientação*, 17, 1–10. www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb3.pdf.
- Docherty, S. L., Brandon, D., Superdock, A. K., & Barfield, R. C. (2019). Impact of Chronic Illness, Disability, or End-of-Life Care for the Child and Family. In M. J. Hockenberry, D. Wilson, & C. C. Rodgers (Eds.), *WONG'S NURSING CARE OF INFANTS AND CHILDREN* (11ª, pp. 589–631). Elsevier.
- Hagvall, M., Ehnfors, M., & Anderzén-Carlsson, A. (2016). Experiences of parenting a child with medical complexity in need of acute hospital care. *Journal of Child Health Care*, 20(1), 68–76. <https://doi.org/10.1177/1367493514551308>
- Koch, K. D., & Jones, B. L. (2018). Supporting parent caregivers of children with life-limiting illness. *Children*, 5(7). <https://doi.org/10.3390/children5070085>
- Lawson, T. G. (2014). Systems Model. In M. R. Alligood (Ed.), *Nursing Theorists and their Work* (8ª, pp. 281–286). Elsevier.
- Nascimento, N. G., Borges, E. L., & Donoso, M. T. V. (2015). ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES GASTROSTOMIZADOS BASEADA EM EVIDÊNCIAS. *Revista de Enfermagem Do Centro Oeste Mineiro*, 5(3), 1885–1897.
- National Institute on Neurological Disorders and Stroke. (2022). *Rett Syndrome Fact Sheet*. <https://www.ninds.nih.gov/rett-syndrome-fact-sheet>
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model* (5th ed.). Pearson Education, Inc.
- Organização Mundial de Saúde. (2019). Transtornos mentais e comportamentais. In *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde* (10th ed.). CID-10 Versão:2019 (who.int)

- Otero Regino, W., Patricia Atencio, D., & Gabriela Blanco Pérez, Á. (2015). Percutaneous Endoscopic Gastrostomy in elderly, indications, safety and outcomes. *Revista Colombiana de Gastroenterologia*, 30(1), 3–10. <https://www.researchgate.net/publication/281980818>
- Pepin, J., Ducharme, F., & Kérouac, S. (2017). *La pensée infirmière* (Chenelière Education, Ed.; 4ª).
- Potter, P. A., Stockert, P. A., Perry, A. G., & Hall, A. M. (2017). *Fundamentos de Enfermagem* (W. R. Ostendorf, Ed.; 9ª). Elsevier Editora Ltda.
- Regulamento nº 140/2019. (2019). Regulamento competências comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República, 2ª Série , Regulamento Nº 140/2019*, 26, 4744–4750. <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Regulamento nº 422/2018. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário Da República, 2ª Série - Regulamento Nº 422/2018*, 133, 19192–19194. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
- Ribeiro, O. M. P. L., Martins, M. M. F. P. da S., Tronchin, D. M. R., & Forte, E. C. N. (2018). Aplicação do processo de enfermagem em hospitais portugueses. *Rev Gaúcha Enferm*, 39, 2017–0174. <https://doi.org/10.1590/1983>
- Rodrigues, L., Silva, A., Xavier, M., & Chaves, E. (2018). Complicações e cuidados relacionados ao uso do tubo de gastrostomia em pediatria. *Revista ESTIMA*, 16. https://doi.org/10.30886/estima.v16.464_pt
- Rosado, S. rodrigues, Dázio, E. M. R., Fava, S. M. C. L., Maia, P. H., Filipini, C. B., & Resck, Z. M. R. (2014). Experiência de Ser Mãe de Criança com Estomia. *Revista Estima*, 12(1), 12–21.
- Schwartzman, J. S. (2003). Síndrome de Rett. *Rev Bras Psiquiatr* , 25(2), 110–113. <https://www.scielo.br/j/rbp/a/jW3cdDNRLz8CFYbzNv89jnH/?format=pdf&lang=pt>
- Sena, R. M. de C., Nascimento, E. G. C. do, Sousa, W. P. da S., Oliveira, M. A. M. de, & Maia, E. M. C. (2017). Aspectos Emocionais do Indivíduo no Enfrentamento da Condição de Estomizado. *Estima*, 15(1), 43–49. <https://doi.org/10.5327/Z1806-3144201700010007>
- Silva, A. D., Silva, J. S. da, Oliveira, G. K., & Santos, G. M. dos. (2020). Análise da produção científica brasileira sobre a utilização de estudos de caso no processo de ensino aprendizagem em enfermagem. In *Tecnologia Educacionais - Ensino e aprendizagem em diferentes contextos* (1ª, Vol. 1, pp. 18–28). Editora Científica Digital. <https://doi.org/10.37885/200600562>

- Silva, C. O. da, Cunha, R. R., Ramos, E. M. L. S., Parente, A. T., Lourenço-Costa, V. V., & Fernandes, P. O. C. (2019). Gastrostomia em pediatria: aspecto clínico epidemiológico. *Rev Rene*, 20, e41432. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20192041432>
- Silva, N. L. S. e, Passos, X. S., & Parreira, S. L. S. (2016). Síndrome de Rett: uma revisão da literatura. *J Health Sci Inst*, 34(1), 53–57.
- Silva, T., Ribeiro, C., Resck, Z., Fava, S., & Dázio, E. (2018). Cuidado de enfermagem à pessoa com gastrostomia: revisão integrativa. *Revista ESTIMA*, 16. https://doi.org/10.30886/estima.v16.374_pt

ANEXOS

**ANEXO I: ESCALA DE BRADEN (CRIANÇAS) PARA AVALIAÇÃO
DO RISCO DE ÚLCERA DE PRESSÃO**

ESCALA DE BRADEN (CRIANÇAS) PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Intensidade e duração da pressão					Pontos
MOBILIDADE Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda	2. Muito limitada Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de se virar sozinho	3. Ligeiramente limitada Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda	4. Nenhuma limitação Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda	
ACTIVIDADE Nível de actividade física	1. Acamado O doente está confinado à cama	2. Sentado Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado	4. Todos os doentes demasiado jovens para deambular OU caminhar frequentemente: caminha fora do quarto pelo menos duas vezes por dia e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas, durante o tempo em que está acordado	
PERCEPÇÃO SENSORIAL Capacidade de responder de uma forma adequada em termos de desenvolvimento ao desconforto relacionado com a pressão	1. Completamente limitada Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação OU Capacidade limitada de sentir dor na maior parte do seu corpo	2. Muito limitada Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação OU Tem uma incapacidade sensorial que lhe reduz a possibilidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo	3. Ligeiramente limitada Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição OU Tem alguma incapacidade sensorial que lhe reduz a possibilidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades	4. Nenhuma limitação Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.	
Tolerância da pele e estruturas de apoio					
HUMIDADE Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, dremagem, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado	2. Pele muito húmida A pele está frequentemente húmida, mas nem sempre húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos de 8 em 8 horas	3. Pele ocasionalmente húmida A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda dos lençóis de 12 em 12 horas.	4. Pele raramente húmida A pele está geralmente seca; os lençóis só requerem uma mudança a cada 24 horas	
FORÇAS DE FRICÇÃO E DESLIZAMENTO Fricção: ocorre quando a pele se move contra as superfícies de apoio Deslizamento: ocorre quando a pele e a superfície óssea adjacente deslizam uma contra a outra	1. Problema significativo Espasticidade, contracturas ou agitação leva a um quase constante movimento e fricção	2. Problema Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima	3. Problema potencial Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai	4. Nenhum problema É possível levantar completamente o doente durante um posicionamento; Move-se na cama e cadeira de forma independente e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante o posicionamento. Mantém sempre uma boa posição na cama ou cadeira, em todas as alturas	
NUTRIÇÃO Padrões usuais de alimentação	1. Muito pobre Está em jejum e/ou a dieta líquida, ou EV por mais de 5 dias OU Albumina < 2,5 mg/dl OU Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em 2 refeições de carne ou lacticínios. Ingerir poucos líquidos. Não toma suplemento dietético.	2. Inadequada Encontra-se em dieta líquida ou alimentação por SNG/nutrição parentérica, que fornece calorias e minerais inadequados para a idade OU Albumina < 3 mg/dl OU raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/3 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em 3 refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético.	3. Adequada Encontra-se a ser alimentado por SNG ou nutrição parentérica, o que fornece calorias e minerais adequados para a idade OU come mais de metade da maior parte das refeições. Come um total de 4 refeições diárias de proteínas (carne, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento dietético caso lhe seja oferecido	4. Excelente Encontra-se numa dieta que fornece calorias adequadas à idade. Por exemplo: come/bebe a maioria das refeições/dietas. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições de carne ou lacticínios. Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos	
PERFUSÃO TECIDULAR E OXIGENAÇÃO	1. Extremamente comprometido Hipotensão (TA Média < 50 mmHg; < 40 mmHg num recém nascido) OU o doente não tolera fisiologicamente mudanças de posição	2. Comprometido Normotenso; A saturação de oxigénio pode ser < 95% OU a hemoglobina pode ser < 10 mg/dl OU o replechimento capilar pode ser > 2 segundos; Ph sérico < 7,40	3. Adequado Normotenso; A saturação de oxigénio pode ser < 95% OU a hemoglobina pode ser < 10 mg/dl OU o replechimento capilar pode ser > 2 segundos; Ph sérico normal	4. Excelente Normotenso; aturação de oxigénio > 95%; Hemoglobina normal; 6 replechimento capilar < 2 segundos	
Total:					

(Direção-Geral da Saúde, 2011)

ANEXO II: ESCALA DE FLACC-R

FACE, LEGS, ACTIVITY, CRY, CONSOLABILITY Revised (FLACC-R)

<p>Face</p> <p>0 = Nenhuma expressão em especial ou sorriso</p> <p>1 = Caretas ou sobrancelhas franzidas de vez em quando, introversão ou desinteresse; aparenta estar triste ou preocupada</p> <p>2 = Caretas ou sobrancelhas franzidas frequentemente; tremor frequente/constante do queixo, maxilares cerrados; face parece ansiosa; expressão de medo ou pânico</p> <p>Comportamento individualizado:</p>
<p>Pernas</p> <p>0 = Posição normal ou relaxadas; tonificação normal & movimentação dos membros inferiores e superiores</p> <p>1 = Inquietas, agitadas, tensas; tremores ocasionais</p> <p>2 = Pontapeando ou com as pernas esticadas; aumento significativo da espasticidade, tremores constantes ou movimentos bruscos</p> <p>Comportamento individualizado:</p>
<p>Atividade</p> <p>0 = Quieta, na posição normal, move-se facilmente; respiração regular, rítmica</p> <p>1 = Contorcendo-se, movendo-se para trás e para a frente, movimentos tensos ou cuidadosos; ligeiramente agitada (ex. cabeça para trás e para a frente, agressão); respiração pouco profunda, estabilizada; suspiros intermitentes.</p> <p>2 = Curvada, rígida ou fazendo movimentos bruscos; agitação grave; bater com a cabeça; a tremer (sem arrepios); suster a respiração, arfar ou respirar fundo, grave contração muscular</p> <p>Comportamento individualizado:</p>
<p>Choro</p> <p>0 = Sem choro/verbalização</p> <p>1 = Gemido ou choramingo, queixa ocasional; explosão verba lou “grunhidos” ocasionais</p> <p>2 = Choro continuado, gritos ou soluços, queixas frequentes; explosões repetidas, “grunhidos” constantes</p> <p>Comportamento individualizado:</p>
<p>Consolabilidade</p> <p>0 = Satisfeita e relaxada</p> <p>1 = Tranquilizada por toques, abraços ou conversas ocasionais. Pode ser distraída</p> <p>2 = Difícil de consolar ou confortar afastando o prestador de cuidados, resistindo aos cuidados ou às medidas de conforto</p> <p>Comportamento individualizado:</p>

(Direção-Geral da Saúde, 2010)

APÊNDICE V: Tabela de preparação e administração de antimicrobianos por via parentérica

TABELA DE PREPARAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE ANTIMICROBIANOS POR VIA PARENTÉRICA

Fármaco	Solvente de reconstituição	Diluentes e Volume de Diluição	Via e tempo de administração	Estabilidade	Observações
Aciclovir 250mg Pó sol inj Fr IV	Solução pronta (Liofilizado – 10ml de Água para injetáveis)	250mg-500mg – 100ml NaCl 0,9% 500mg-1000mg – 200ml NaCl 0,9%	Perfusão 60 min	12h (15°-25°)- físico-química	Recomendado uso imediato – estabilidade microbiológica
Amoxicilina 500mg + Ácido Clavulânico 50mg Pó sol inj IV	10ml Água para injetáveis		<ul style="list-style-type: none"> IV lento 3-5 min Idade <3 meses perfusão 30 min 	Máx 15 minutos após reconstituição	Não utilizar como solventes glucose, bicarbonato ou glucose
Amoxicilina 1000mg + Ácido Clavulânico 200mg Pó sol inj IV	20ml Água para injetáveis		IV lento 3-5 min	Máx 15 minutos após reconstituição	Não utilizar como solventes glucose, bicarbonato ou glucose
Amoxicilina 2000mg + Ácido Clavulânico 200mg Pó sol inj IV	20ml Água para injetáveis	100ml NaCl 0,9%	Perfusão 30 min	Máx 60 minutos após reconstituição	Não utilizar como solventes glucose, bicarbonato ou glucose
Ampicilina 500mg	5ml Água para injetáveis	20-30 ml Água para injetáveis ou NaCl 0,9% para cada 500mg	<ul style="list-style-type: none"> 125g-500mg IV lento 3-5 min 1000mg-2000mg perfusão 30 min 	<ul style="list-style-type: none"> 1h após reconstituição 4h TA e 24h frio após diluição (concentração ≤30mg/ml) 	
Cefotaxima 1000mg Pó sol inj Fr IV	10ml Água para injetáveis	-	IV lento 3-5 min	24h TA após a reconstituição	-
		20ml Água para injetáveis ou NaCl 0,9%	Perfusão rápida 15-20 min		
		100ml NaCl 0,9% ou Glucose 5%	Perfusão 50-60 min		
Cefoxitina 1000mg Pó sol inj Fr IV	10ml Água para injetáveis	-	IV lento 3-5 min	<ul style="list-style-type: none"> 24h TA ou frio após reconstituição – físico-química 	Recomendado uso imediato - microbiológica
		50-100ml NaCl 0,9% ou Glucose 5% 50-	Perfusão 15-30 min		
Ceftazidima 1000mg Pó sol inj Fr IV	10ml Água para injetáveis ou NaCl 0,9%	-	IV lento 3-5 min	<ul style="list-style-type: none"> 6h TA e 12h frio após reconstituição – físico-química 	Recomendado uso imediato – microbiológica
		50-100 ml NaCl 0,9%	Perfusão 15-60 min		
Ceftioxona 1000mg IV Pó sol inj IV	10ml Água para injetáveis	-	IV lento 3-5 min	<ul style="list-style-type: none"> 6h TA após reconstituição – físico-química 	Recomendado uso imediato - microbiológica
		NaCl 0,9% 50-100 ml	Perfusão 30 min		
	3ml Cloridrato Lidocaína 0,5% -		IM		

	1%				
Ceftioxona 1000mg IV Pó sol inj IV - 2gr	NaCl 0,9% 40ml	-	Perfusão 30 min	Recomendado uso imediato	
Cefuroxima 750mr Pó sol inj IM / IV	7,5ml Água para injetáveis - 750mg	-	IV lento 3-5 min	2h TA ou 48h frio após reconstituição	
		NaCl 0,9% - 50-100ml	Perfusão 30-60 min		
Clindamicina 600mg / 4ml Sol inj Fr 4 ml IM / IV	Solução pronta	100ml NaCl 0,9% ou Glucose 5%	Perfusão 10-60 min	16 dias TA após diluição - físico-química	
Flucloxacilina 500mg Pó sol inj Fr IM / IV	2ml Água para injetáveis	-	IM	<ul style="list-style-type: none"> • 30min TA ou 24h frio após reconstituição • 24h frio após diluição 	<ul style="list-style-type: none"> • Máx 8gr/dia e 2gr/administração. • A diluição deve atingir a concentração de 1%
	5ml Água para injetáveis ou NaCl 0,9%	-	IV lento 3-5 min		
		10-20 ml NaCl 0,9% ou Glucose 5%	Perfusão 20-30 min		
Gentamicina 80mg/2ml Sol inj Fr 2ml IM / IV	Solução pronta	RN diluir a dose prescrita em 20ml NaCl 0,9% ou Glucose 5%	Perfusão 30 min	Recomendado uso imediato	
		100-200ml NaCl 0,9% ou Glucose 5%	Perfusão 30-60 min		
Morfina 10mg Sol inj Fr 1ml	9ml Água para injetáveis (até perfazer 10 ml)	0,1mg /Kg /dose 0,2mg /Kg / dose	Bolus	•	Seringa e prolongador opaco
		0,01mg /Kg / hora diluído até 50ml	Perfusão	• Se necessário repetir 4-6h depois	
Pantoprazol 40mg Pó sol inj Fr IV	10ml NaCl 0,9%	100ml NaCl 0,9% ou Glucose 5%	IV lento 2-15 min	• 12h TA ou 24h frio após reconstituição	
Vancomicina 500mg Pó sol inj Fr IV	10ml Água para injetáveis	Dose prescrita diluída em 20ml NaCl 0,9%	Perfusão 60 min	• Recomendado uso imediato	-

(Serviços Farmacêuticos, 2014, 2019)

Legenda - TA - Temperatura Ambiente Frio - 2º a 8

A presente tabela serve apenas como indicativo dos volumes, diluentes e tempos de perfusão mais utilizados

Referências Bibliográficas:

Serviços farmacêuticos, 2014, Tabela Exemplificativa de volumes e solventes de reconstituição e diluição mais utilizados

Serviços farmacêuticos, 2019. Tabela de Preparação e administração de antimicrobianos por via parentérica

**APÊNDICE VI: Reflexão sobre dor e síndrome de abstinência
iatrogénica secundária em neonatologia**



**13º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**Reflexão sobre dor e síndrome de abstinência
iatrogénica secundária em neonatologia**

Ana Luísa Henriques Roxo nº 10994

Professora Orientadora:
Prof. Sónia Colaço



Lisboa

2023

Índice

1. REVISÃO DA LITERATURA	2
1.1 Dor em neonatologia	2
1.1.1 Estratégias farmacológicas	7
1.1.2 Estratégias não farmacológicas	7
1.2.Síndrome de abstinência iatrogénica secundária	10
2.CONCLUSÃO	14
Referências Bibliográficas	16

ANEXOS

ANEXO 1 - Escala de dor e desconforto do RN (EDIN)

ANEXO 2 - Escala de Finnegan modificada. (Adaptado de L. P. Finnegan 1986)

1. REVISÃO DA LITERATURA

1.1 Dor em neonatologia

Dor é “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual real ou potencial, ou descrita nos termos de tal lesão”(Associação Internacional para o Estudo da Dor, 2020)

Segundo Batalha (2020) a experiência sensitiva é determinada neurofisiologicamente e, a emocional é baseada no estado afetivo, experiências passadas, estágio de desenvolvimento e fatores de ordem pessoal, cultural e espiritual. (L. Batalha, 2010) Para alguns especialistas esta definição é problemática, uma vez que não tem em consideração todos aqueles que pelo seu estágio de desenvolvimento ou situação clínica, não conseguem caracterizar a dor. O conceito de dor deve incluir todos aqueles que possam beneficiar de uma avaliação objetiva da dor, independentemente da sua capacidade para a verbalizarem. (L. Batalha, 2010) Segundo Santos (2010) “A dor por si só e em qualquer grupo etário, é uma situação que requer a máxima atenção e constitui, na sua manifestação aguda, um dos principais motivos de recurso a cuidados de saúde...”. (L. A. Santos, 2010) A dor tem respostas fisiológicas e comportamentais que constituem indicadores válidos para a sua avaliação. (L. Batalha, 2010) A dor em crianças tem consequências negativas. A curto prazo, a dor aguda aumenta a percepção da dor, a ansiedade e o medo, o que tem consequências na confiança da criança e da família para com os profissionais de saúde. A longo prazo, o controle insuficiente da dor pode levar à relutância e medo sobre futuros procedimentos, nomeadamente a vacinação. (Vries, 2022)

A dor pode variar amplamente de intensidade, qualidade e duração. Portanto, definir o conceito de dor de forma concisa e precisa é um desafio. Assim, a definição atual da Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) reconhece que a dor pode estar presente mesmo quando o dano tecidual não é perceptível (Raja, et al, 2020). Segundo os mesmos autores, a descrição verbal é apenas um

dos vários comportamentos para expressar a dor. A incapacidade de comunicar não nega a possibilidade de que um ser humano ou um animal não humano sinta dor. (Raja et al., 2020).

A Declaração de Montreal (2010) citada por Raja, et al (2020) afirma que “o acesso ao tratamento da dor é um direito humano fundamental” (Raja et al., 2020).

Durante muito tempo assumiu-se que o recém-nascido era incapaz de sentir dor, devido à imaturidade do sistema nervoso central e à ausência de memória para a dor. Desta forma, foram durante muitos anos, submetidos a procedimentos dolorosos e, até mesmo cirúrgicos, sem qualquer tipo de analgesia além da rara utilização de opiáceos. Slater et al (2006) citado por Keels et al.(2016) referem que as vias nociceptivas estão ativas e funcionais desde a 25ª semana de gestação e podem provocar uma resposta generalizada ou exagerada a estímulos nocivos em recém-nascidos imaturos(Johnston, 2020; Keels et al., 2016; Slater et al., 2006)

Desde 1990, a dor passou a ser considerada aquando dos cuidados a prestar ao recém-nascido. A partir da vigésima semana de gestação, os recetores da dor tornam-se funcionais e, como tal o feto fica apto a perceber os estímulos dolorosos, no entanto, os recetores necessários para a modulação e inibição da dor, ainda são imaturas ao nascimento. Assim todos os recém-nascidos internados em Unidades de Cuidados Neonatais, ficam mais vulneráveis à sensação dolorosa. (Bueno et al., 2009; Léis et al., 2011)

Reconhecer, avaliar e tratar a dor são aspetos importantes numa Unidade de Cuidados Neonatais e, deve ser objetivo de todos os profissionais de saúde que trabalham com recém-nascidos, uma vez que esta acompanha, com frequência vários procedimentos e tratamentos, mas também porque repetidas exposições dolorosas têm potencial para consequências nefastas. (Keels et al., 2016)

Calcula-se que o recém-nascido internado numa Unidade de Cuidados Neonatais, receba cerca de 130 a 240 manipulações por dia, das quais 50 a 150 são de natureza dolorosa, sendo que os recém-nascidos mais imaturos recebem

um maior número de eventos dolorosos.(Keels et al., 2016; L. M. dos Santos et al., 2012; T. M. da Silva et al., 2009).

A repetição do estímulo doloroso, causa uma resposta cada vez mais exacerbada, que se prolonga por longo período, mesmo após o fim do estímulo doloroso. A dor prolongada, afeta a própria percepção de dor. A exposição a estímulos dolorosos repetidos no início da vida, é conhecida por causar sequelas adversas de curto e longo prazo. Estas sequelas incluem instabilidade fisiológica, desenvolvimento cerebral alterado e neurodesenvolvimento anormal. (Keels et al., 2016; Tamez, 2017b).

A dor geralmente provoca reações fisiológicas e comportamentais. Assim, as ferramentas de avaliação da dor refletem medidas substitutas das respostas fisiológicas e comportamentais à dor. As reações fisiológicas mais utilizadas na avaliação da dor são: Aumento da tensão arterial e frequência cardíaca; Alteração da frequência respiratória; Alteração dos valores de saturação de oxigênio. As reações comportamentais são: Expressões faciais; Movimentos corporais; Choro; Alterações do sono e vigília.(Keels et al., 2016; Tamez, 2017b).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2013), a avaliação da dor é fundamental para o seu controle e, citando Macffery (1999) a experiência da dor é pessoal e subjetiva (Ordem dos Enfermeiros, 2013). É igualmente determinada por experiências anteriores, pela situação que a desencadeia, modelos e valores culturais (L. Batalha, 2010). De acordo com de Vries (2022), medir a gravidade da dor em crianças não é fácil e até ao momento não existem métodos simples e confiáveis (Vries, 2022). Desde 2003 que a Direção Geral de Saúde (DGS) instituiu a “Dor com 5º sinal vital”, devendo ser utilizadas escalas para avaliação da intensidade da dor. Tornando a dor visível não é possível ignorá-la, sendo imperioso estabelecer uma estratégia adequada ao seu controlo (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, n.d.). Sendo uma variável subjetiva, a dor é uma experiência sensorial e pessoal, influenciada por fatores biológicos, psicológicos e sociais (Raja et al., 2020), a autoavaliação da dor é considerada fundamental e, o uso de escalas de

avaliação de intensidade da dor, devem ter em consideração o estágio de desenvolvimento da criança. (L. Batalha, 2010)

A avaliação e tratamento da dor no recém-nascido é fundamental para a humanização dos cuidados prestados ao mesmo. Reconhecendo essa importância, a Direção Geral de Saúde em 2012 emitiu orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos, onde se inclui a dor aguda, dor persistente ou prolongada e a dor pós-operatória. (Direção-Geral da Saúde, 2010)

A dor é considerada uma experiência individual e subjetiva, assumindo algumas particularidades no recém-nascido, daí terem surgido escalas de avaliação de dor, baseadas em parâmetros comportamentais associados a alguns parâmetros fisiológicos. Essas ferramentas foram mais comumente desenvolvidas para avaliar recém-nascidos não ventilados. A Ordem dos Enfermeiros (2008) indicou a Escala de EDIN (Echelle Douleur et d'inconfort du Nouveau-Né), como a escala de avaliação comportamental, que tinha como população alvo os recém-nascidos de ≥ 25 semanas de gestação. (Keels et al., 2016; Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Batalha (2010) refere que esta escala é unidimensional comportamental, composta por cinco indicadores: expressão facial, movimentos comportamentais, qualidade do sono, qualidade de interação e reconforto. Cada indicador é avaliado numa escala de 0 a 3, com um mínimo de 0 e um máximo de 5, acima de 5 valores recomenda-se a utilização de medidas para alívio da dor. (L. Batalha, 2010)

A avaliação da dor é considerada o 5º sinal vital (Direção-Geral da Saúde, 2003) e, é avaliada juntamente aquando da avaliação dos restantes sinais vitais e, serão implementadas medidas de controlo da dor, de acordo com a avaliação efetuada.

O objetivo principal da prevenção e tratamento da dor é a utilização de intervenções que minimizem a intensidade e duração da dor. Podem ser intervenções não farmacológicas ou farmacológicas.

1.1.1 Estratégias farmacológicas

A administração de fármacos tem como objetivo aliviar a dor causada por procedimentos dolorosos e invasivos. Os fármacos analgésicos devem ser administrados mesmo antes do RN apresentar sinais de alterações fisiológicas e de comportamento associados à dor (De Cássia et al., 2019; Tamez, 2017b)

Analgésicos Não Opióides: O paracetamol é recomendado nas situações de dor leve a moderada, ou em situações de desconforto e, como antipirético (De Cássia et al., 2019; Tamez, 2017b)

Analgésicos Opióides: Inibem a aferência da dor na medula espinal e ativam as vias corticais descendentes inibidoras da dor. O fentanil e a morfina são os mais utilizados. A utilização prolongada do seu uso pode causar tolerância e dependência fisiológica. Apesar de não existirem estudos sobre os seus efeitos aditivos, na prática observam-se sinais semelhantes aos da síndrome de abstinência neonata (De Cássia et al., 2019; Tamez, 2017b)

Anestésicos locais: Os anestésicos locais visam proporcionar analgesia de uma determinada área definida, na qual se vai efetuar um procedimento doloroso. Lidocaína em infiltração local aquando da punção lombar, colocação de cateteres centrais e drenagem torácica (De Cássia et al., 2019; Tamez, 2017b)

Sedativos: Diminuem a atividade e a agitação, mas não reduzem a dor. A sua utilização deve ser restringida à Entubação endotraqueal e para a realização de exames de diagnóstico que necessitem a imobilidade do recém-nascido. Os mais utilizados são: Diazepam, Midazolam, Propafol e cetamina (De Cássia et al., 2019; Tamez, 2017b)

1.1.2. Estratégias não farmacológicas

As estratégias não farmacológicas têm como finalidade prevenir ou minimizar a intensidade da dor. Podem ser adotadas como abordagem única nos casos de dor

leve, ou como estratégia adjuvante nos casos de dor moderada a intensa (Maciel et al., 2019).

Na literatura são citadas várias medidas não farmacológicas como: soluções adocicadas, sucção não nutritiva, amamentação, contato pele a pele, contenção, colo, massagem, toque, posicionamento, enrolamento, controle ambiental de ruído e luminosidade. Estas medidas têm o seu efeito potenciado quando utilizadas em combinação, como por exemplo na utilização da sucção não nutritiva e soluções adocicadas (Araújo et al., 2015).

A teoria do **conforto** de Kolcaba é uma teoria de enfermagem de médio alcance, dirige-se a conceitos ou fenômenos específicos, sendo refletidos facilmente na prática clínica (Kolcaba, 2003). Esta teoria tem como intervenção de enfermagem a ação de confortar, e tem o conforto como o resultado dessa intervenção de enfermagem.

Segundo Kolcaba (2003) o conforto é definido como uma condição experimentada pelas pessoas que recebem medidas de conforto, e que é uma experiência imediata e holística fortalecida através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (físico, psíquico-espiritual, social e ambiental). O alívio caracteriza-se por ser a condição de uma pessoa que viu satisfeita uma necessidade específica. A tranquilidade um estado de calma ou contentamento. A transcendência a condição na qual um indivíduo suplanta os seus problemas ou sofrimento (Kolcaba, 2003).

Relativamente aos contextos Kolcaba (2003) caracteriza o contexto físico por pertencer às sensações do corpo, psíquico-espiritual pertencente à consciência interna de si próprio, incluindo a autoestima, o conceito de si mesmo, a sexualidade e o significado da vida. O contexto ambiental pertencente ao meio, às condições e influências externas e contexto social pertencente às relações interpessoais, sociais e familiares (Kolcaba, 2003).

Kolkaba (2003) define Enfermagem como sendo a apreciação intencional das necessidades de conforto, a conceção de conforto para abordar essas necessidades e a reapreciação dos níveis de conforto após a implementação, sendo que a apreciação pode ser intuitiva, subjetiva ou objetiva, podendo ser conseguida pela aplicação de escalas visuais e questionários, os quais permitem quantificar o conforto (Kolkaba, 2003).

Segundo Kolkaba (2003) as intervenções de conforto em Pediatria podem ter três categorias: (1) intervenções *standard* que são intervenções que mantêm a homeostase e o controlo do desconforto; (2) *coaching*, intervenções que promovem a escuta ativa, diminuindo a ansiedade, promovendo a tranquilidade, transmitindo a informação, inspirar esperança, e ajudar num plano de recuperação; (3) *comfort food for the soul*, são aspeto "extra" que os enfermeiros fazem para que as crianças/famílias se sintam cuidadas e fortalecidas, como por exemplo, a massagem ou a imaginação guiada (Kolkaba, 2003).

Contato pele a pele: Durante um procedimento doloroso isolado com início, no mínimo, 2 minutos antes da realização do procedimento. Preferencialmente deve ser iniciado 10-15 minutos antes até ao seu término (Maciel et al., 2019);

Sução não nutritiva: Promove o conforto e o alívio da dor. A analgesia ocorre apenas durante os movimentos ritmados de sucção. Durante um procedimento doloroso isolado com início, no mínimo, 2 minutos antes da realização do procedimento. Pode ser utilizada de modo isolado ou em conjunto com as soluções adocicadas (Maciel et al., 2019);

Soluções adocicadas: Durante a colheita de sangue venoso ou capilar pois diminuem o tempo de choro, atenuam a mimica facial de dor e reduzem a resposta fisiológica à dor. Pequenas quantidades administrados na porção anterior da língua do RN, cerca de 2 minutos antes do procedimento (De Cássia et al., 2019; Maciel et al., 2019).

Amamentação – Reduz a dor durante as punções venosas ou capilares. Também a Organização Mundial de Saúde recomenda a sua utilização durante a vacinação. Para ser eficaz deve ser iniciada cerca de 5 minutos antes do procedimento doloroso e manter-se até o seu término (Maciel et al., 2019; World Health Organization, 2015).

Segundo Lago et al (2017) o desconhecimento por parte dos pais e de alguns profissionais de saúde, acerca da eficácia e dos benefícios da utilização destas estratégias, criam barreiras à sua utilização. Além disso, as barreiras ao uso das soluções açucaradas e da sucção não nutritiva parecem estar relacionadas à restrição da utilização da chupeta em hospitais com certificação de Hospital Amigo da Criança.(Lago et al., 2017).

Na unidade de cuidados intensivos neonatais onde decorreu o estágio os registos não são informatizados, contudo existe um impresso destinado exclusivamente à avaliação da dor com recurso à EDIN (Anexo 1), assim como para a descrição das medidas farmacológicas e não farmacológicas implementadas e sua posterior avaliação. Assiste-se a uma preocupação da equipa em proporcionar conforto e reduzir a dor.

1.2.Síndrome de abstinência iatrogénica secundária

A síndrome de abstinência é reconhecida desde a década de 1990 e caracteriza-se pelo conjunto de sinais e sintomas que ocorrem, geralmente nas primeiras 24 horas, após a redução ou interrupção abrupta da infusão dos medicamentos sedoanalgésicos, podendo apresentar melhoria quando se retoma a sua administração ou se utilizam outras drogas apropriadas. Recém-nascidos e crianças gravemente doentes que recebem altas doses ou são expostos a opioides e/ou benzodiazepínicos por mais de 72 horas estão em alto risco de desenvolver síndrome de abstinência (Klein et al., 2022).

A síndrome de abstinência neonatal diz respeito a um grupo de problemas que ocorrem em recém-nascidos que foram expostos a drogas ilícitas ou prescritas enquanto estava no útero materno. Dois tipos principais de síndrome de abstinência neonatal são reconhecidos: síndrome de abstinência neonatal devido ao uso pré-natal ou materno de substâncias que resultam em sintomas de abstinência no recém-nascido e síndrome de abstinência neonatal pós-natal secundária à interrupção ou diminuição de medicamentos como fentanil ou morfina usados para terapia da dor no recém-nascido (Hamdan, 2023). Consiste no conjunto de sinais e sintomas que aparecem após a interrupção ou diminuição de drogas psicoativas administradas há muito tempo ou em altas doses. Ela afeta um grande número de crianças, principalmente as mais novas, como os recém-nascidos e os pré-termo, e aquelas que recebem infusão de medicamentos por períodos superiores a 5 dias. Estes sinais e sintomas, variam dependendo da droga e das características do paciente, como idade, estado cognitivo, etc. As manifestações mais comuns são a nível respiratório (taquipneia), gastrointestinal (náuseas, vômitos, diarreia), sistema nervoso (sudorese, taquicardia, midríase) e nível motor (tremores, movimentos anormais, hiperreflexividade, hipertonia). Além disso, vale ressaltar que a abstinência de opioides origina distúrbios de movimento mais superficiais e gastrointestinais, em oposição à retirada de benzodiazepínicos. A síndrome de abstinência iatrogênica pode resultar em consequências contínuas e adversas para a saúde dos pacientes, incluindo convulsões, isquemia miocárdica e aumento do tempo de internamento na unidade de cuidados intensivos pediátricos e hospitalar (Ávila-Alzate et al., 2020; Dokken et al., 2023; I. N. dos Santos, 2022).

Em unidades de cuidados intensivos pediátricos, a sedoanalgesia é parte essencial do tratamento de pacientes críticos. Alguns de seus principais objetivos consistem em evitar o stresse e outros efeitos psicológicos negativos, bem como o sofrimento físico relacionado aos procedimentos invasivos, prevenir a remoção acidental de cateteres vasculares, a autoextubação e facilitar a adaptação do

paciente à ventilação mecânica. No entanto, é difícil alcançar sedação e analgesia ideais em crianças (Ávila-Alzate et al., 2020; Dokken et al., 2023).

Existem poucas recomendações sobre os fármacos que devem ser utilizados para sedação e analgesia no paciente crítico pediátrico. Na prática clínica das unidades de terapia intensiva pediátrica, os agentes farmacológicos mais utilizados são os opioides e benzodiazepínicos, sendo o fentanil o analgésico de escolha, seguido pelo paracetamol e metamizol e, como sedativo, o midazolam, seguido pelo lorazepam, cetamina e propofol. Os benefícios de ambos os grupos farmacológicos sobre o paciente crítico são evidentes, mas também geram tolerância e dependência física, sendo necessárias doses maiores e infusões prolongadas para manter os efeitos desejados e evitar a síndrome de abstinência (Ávila-Alzate et al., 2020; Dokken et al., 2021).

Quanto às características do paciente, observou-se relação entre a Síndrome de Abstinência Iatrogénica, a idade e o estado clínico do paciente. Nas crianças, quanto mais jovens, maior a vulnerabilidade à Síndrome de Abstinência Iatrogénica. No entanto, os sintomas são mais pronunciados em recém-nascidos de termo do que em recém-nascidos pré-termo, uma vez que são menos capazes de metabolizar e eliminar esses medicamentos em comparação com pacientes mais velhos (Ávila-Alzate et al., 2020; I. N. dos Santos, 2022).

Diferentes estratégias têm sido descritas para reduzir os efeitos colaterais da Síndrome de Abstinência Iatrogénica, como seguir protocolos de sedação e realizar interrupção diária da sedação. No entanto, a avaliação, a prevenção e o controle da Síndrome de Abstinência Iatrogénica continuam a ser desafiantes. Best et al (2015) identificaram fatores de risco associados ao Síndrome de Abstinência Iatrogénica e descobriram que a duração da terapia e as doses cumulativas de opioides e benzodiazepínicos são o fator mais preditivo da Síndrome de Abstinência Iatrogénica. Eles também destacaram a necessidade de explorar mais as variáveis do processo e do sistema, como a avaliação da sedação/

Síndrome de Abstinência Iatrogénica e a adesão ao protocolo (Ávila-Alzate et al., 2020; Best et al., 2015; Dokken et al., 2023; I. N. dos Santos, 2022).

A síndrome de abstinência iatrogénica secundária por sedoanalgesia em unidades cuidados intensivos pediátricos é frequente e, a sua avaliação é complexa. As terapias são heterogéneas e, atualmente, não existe um método padrão-ouro para o diagnóstico. Os tratamentos farmacológicos para a síndrome de abstinência iatrogénica secundária, incluem medicamentos como metadona, buprenorfina, morfina e fenobarbital. Intervenções não farmacológicas e terapias complementares têm sido documentadas em recém-nascidos. Além disso, as escalas de avaliação validadas em crianças são escassas (Ávila-Alzate et al., 2020; Best et al., 2015; Dokken et al., 2023; I. N. dos Santos, 2022; Sublett, 2013).

Para a avaliação da Síndrome de Abstinência Iatrogénica em crianças, a Finnegan Neonatal Abstinence Scoring System (NASS), na sua versão original ou modificada, é o sistema mais comumente utilizado (Baloch et al., 2020). No entanto, Síndrome de Abstinência Iatrogénica ainda é subvalorizada, uma vez que pode ser confundida com outras situações clínicas da criança, dado que os seus sinais e sintomas podem ser afetados pela situação clínica, tempo de exposição e droga utilizada (Klein et al., 2022).

Na unidade de cuidados intensivos neonatais onde decorreu o estágio, os registos não são informatizados, contudo existe um impresso destinado exclusivamente à do síndrome de abstinência com recurso à Escala de Finnegan (Anexo 2), assim como para a descrição das medidas farmacológicas implementadas e sua posterior avaliação.

2.CONCLUSÃO

Atualmente, a dor no recém-nascido é um tema discutido na área da saúde. Os profissionais de saúde que cuidam de recém-nascidos estão cada vez mais preocupados com o seu bem-estar, reunindo esforços para tornar os cuidados ainda mais humanizados.

Sendo assim, existem medidas de humanização que podem ser utilizadas nestas unidades com o intuito de minimizar o subtratamento da dor no recém-nascido. Para isso, as equipas devem ter conhecimento adequado acerca das escalas de avaliação da dor nos recém-nascidos, acerca das medidas farmacológicas e não farmacológicas, conhecer quais são os procedimentos stressantes e que causam desconforto e dor no recém-nascido, enfatizar protocolos de humanização destas unidades como a redução do nível de ruído, luz, estabelecimento do ciclo dia-noite, envolvimento da família nos cuidados e adoção de protocolos de intervenção mínima.

A analgesia e a sedação são terapêuticas comuns nos cuidados intensivos pediátricos e são igualmente utilizados, em situações clínicas específicas, nos cuidados intensivos neonatais e, a redução / suspensão rápida destes medicamentos bem como com a dose e tempo de administração, está associada à Síndrome de Abstinência Iatrogénica. A prevenção do Síndrome de Abstinência Iatrogénica consegue-se através da implementação de protocolos de utilização de drogas e de escalas de avaliação (Best et al., 2015; Bicudo et al., 1999; I. N. dos Santos, 2022).

A maioria das intervenções concebidas para prevenir ou gerir a síndrome de abstinência iatrogénica apresentam-se sob forma de cuidados complexos e multifacetados protocolados, incluindo vários componentes individuais. Intervenções para prevenir ou tratar a abstinência iatrogénica podem reduzir a sua ocorrência, pelo menos em clientes neonatais/pediátricos, mesmo que os resultados sejam inconsistentes. No entanto, estes não afetam a duração da

ventilação mecânica ou o tempo de permanência na Unidade de Cuidados Intensivos em recém-nascidos, clientes pediátricos e adultos.

Ainda que os dados de segurança sobre intervenções para prevenir ou o tratar a síndrome de abstinência iatrogénica sejam tranquilizadores (sem aumento da extubação acidental, sedação excessiva ou sobredosagem de opiáceos), os impactos em resultados de segurança, incluindo impacto na dependência física adquirida na Unidade de Cuidados Intensivos ainda é desconhecido.(Sneyers et al., 2020)

Referências Bibliográficas

- Araujo, G. C., Miranda, J. D. O. F., Santos, D. V. dos, Camargo, C. L. de, Sobrinho, C. L. N., & Santa Rosa, D. D. O. (2015). Dor em recém-nascidos: identificação, avaliação e intervenções. *Revista Baiana de Enfermagem*, 29(3), 261. <https://doi.org/10.18471/rbe.v29i3.13695>
- Associação Internacional para o Estudo da Dor. (2020). *Definição-revisada-de-dor_3*. https://sbed.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Defini%C3%A7%C3%A3o-revisada-de-dor_3.pdf
- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. (n.d.). *Sobre a Dor*. Retrieved December 3, 2022, from <https://aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/definicoes>
- Ávila-Alzate, J. A., Gómez-Salgado, J., Romero-Martín, M., Martínez-Isasi, S., Navarro-Abal, Y., & Fernández-García, D. (2020). Assessment and treatment of the withdrawal syndrome in paediatric intensive care units: Systematic review. In *Medicine (United States)* (Vol. 99, Issue 5, p. E18502). Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000018502>
- Baloch, R. Q., Pinto, J. M., Greenberg, P., Kuo, Y. H., & Siu, A. (2020). Evaluation and analysis of the Modified Finnegan Scoring System for assessment of neonatal abstinence syndrome. *Journal of Opioid Management*, 16(3), 189–196. <https://doi.org/10.5055/jom.2020.0567>
- Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria. Compreender para Mudar* (E. T. L. LIDEL, Ed.).
- Best, K. M., Boullata, J. I., & Curley, M. A. Q. (2015). Risk factors associated with iatrogenic opioid and benzodiazepine withdrawal in critically ill pediatric patients: A systematic review and conceptual model. In *Pediatric Critical Care Medicine* (Vol. 16, Issue 2, pp. 175–183). Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000000306>

Bicudo, J. N., De Souza, N., Mângia, C. M. F., & De Carvalho, W. B. (1999). Síndrome de abstinência associada à interrupção da infusão de fentanil e midazolam em pediatria. In *Rev Ass Med Brasil* (Vol. 45, Issue 1).

Bueno, M., Kimura, A. F., & Diniz, C. S. G. (2009). Evidências científicas no controle da dor no período neonatal. *Acta Paul Enferm*, 22(6), 828–832. a16v22n6.pmd (scielo.br)

de Cássia, R., Balda, X., & Guinsburg, R. (2019). AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DA DOR NO PERÍODO NEONATAL Evaluation and treatment of pain in the neonatal period Avaliação e tratamento da dor no período neonatal. In *Artigo Original-Ano* (Vol. 9, Issue 1). <https://cdn.publisher.gn1.link/residenciapediatrica.com.br/images/aop122-qua01.jpg>

Direção-Geral da Saúde. (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. *Circular Normativa*, 09, 1–4.

Direção-Geral da Saúde. (2010). Orientações Técnicas sobre a Avaliação da Dor nas Crianças. *Orientação N° 014/2010*, 1–4.

Dokken, M., Rustøen, T., Diep, L. M., Fagermoen, F. E., Huse, R. I., A. Rosland, G., Egerod, I., & Bentsen, G. K. (2021). Iatrogenic withdrawal syndrome frequently occurs in paediatric intensive care without algorithm for tapering of analgosedation. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 65(7), 928–935. <https://doi.org/10.1111/aas.13818>

Dokken, M., Rustøen, T., Diep, L. M., Fagermoen, F. E., Huse, R. I., Egerod, I., & Bentsen, G. K. (2023). Implementation of an algorithm for tapering analgosedation reduces iatrogenic withdrawal syndrome in pediatric intensive care. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. <https://doi.org/10.1111/aas.14288>

- Hamdan, A. (2023). Síndrome de Abstinência Neonatal Fundamentos da prática. *Medscape Drugs & Diseases*. <https://emedicine.medscape.com/article/978763-overview>
- Johnston, C. (2020). Neonatal pain: A journey spanning three decades. *Paediatric and Neonatal Pain*, 2(2), 33–39. <https://doi.org/10.1002/pne2.12020>
- Keels, E., Navil Sethna, Watterberg, K. L., Cummings, J. J., Benitz, W. E., Eichenwald, Eric C., Poindexter, B. B., Stewart, D. L., Aucott, S. W., Goldsmith, J. P., Puopolo, K. M., Wang, K. S., Tobias, J. D., Agarwal, R., Anderson, C. T. M., Hardy, C. A., Honkanen, A., Rehman, M. A., & Bannister, C. F. (2016). Prevention and Management of Procedural Pain in the Neonate: An Update. *Pediatrics*, 137(2), e20154271. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-4271>
- Klein, K., Pereira, J. S., Curtinaz, K. A. L. J., Jantsch, L. B., Souza, N. S. de, & Carvalho, P. R. A. (2022). Estratégias para manejo e prevenção da síndrome de abstinência em pacientes pediátricos críticos: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 34(4), 507–518. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20220145-pt>
- Kolkaba, K. Y. (2003). Confort theory and practice: A vision for holistic health care and research. *Springer Publishing Company*.
- Lago, P., Garetti, E., Bellieni, C. V., Merazzi, D., Savant Levet, P., Ancora, G., & Pirelli, A. (2017). Systematic review of nonpharmacological analgesic interventions for common needle-related procedure in newborn infants and development of evidence-based clinical guidelines. *Acta Paediatrica*, 106(6), 864–870. <https://doi.org/10.1111/apa.13827>
- Léis, A. L. P. de A., Cardoso, M. V. L. M. L., Farias, L. M., Cipriano, M. A. B., & Caetano, J. A. (2011). Cuidado humanístico e percepções de enfermagem dia. *Esc Anna Nery*, 15(4), 694–700. https://www.researchgate.net/publication/307671605_Cuidado_humanistico_e_percepcoes_de_enfermagem_diante_da_dor_do_recem-nascido

- Maciel, H. I. A., Costa, M. F., Costa, A. C. L., De Oliveira Marcatto, J., Manzo, B. F., & Bueno, M. (2019). Pharmacological and nonpharmacological measures of pain management and treatment among neonates. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 31(1), 21–26. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190007>
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). Dor Guia orientador de boa prática. In *Cadernos OE* (Vol. 1, pp. 5–55).
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança. *Cadernos OE, Série 1 nº6*, 5–74.
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X. J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. In *Pain* (Vol. 161, Issue 9, pp. 1976–1982). NLM (Medline). <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
- Santos, I. N. dos. (2022). *Síndrome de abstinência Síndrome de abstinência iatrogénica em neonatos doentes graves: uma revisão dos mecanismos, avaliação, manejo e prevenção*. <https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/5336630>
- Santos, L. M. dos, Ribeiro, I. S., & Santana, R. C. B. de. (2012). Identificação e tratamento da dor no recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Enferm, Brasília*, 65(2), 269–275. <https://www.scielo.br/j/reben/a/hG4vyZcbdSn8WkSQZYtQ3Gh/?format=pdf&lang=pt>
- Santos, L. A. (2010). Prefácio. In *Dor em Pediatria - Compreender para mudar* (pp. IX–X).
- Silva, T. M. da, Chaves, E. M. C., & Cardoso, a V. L. M. L. (2009). Dor sofrida pelo recém-nascido durante a punção arterial. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 13(4), 726–732.

<https://www.scielo.br/j/ean/a/x4q9jJC8vQBYKrQwP78Bkkt/?format=pdf&lang=pt>

Slater, R., Cantarella, A., Gallella, S., Worley, A., Boyd, S., Meek, J., & Fitzgerald, M. (2006). Cortical pain responses in human infants. *Journal of Neuroscience*, 26(14), 3662–3666. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.0348-06.2006>

Sneyers, B., Duceppe, M. A., Frenette, A. J., Burry, L. D., Rico, P., Lavoie, A., Gélinas, C., Mehta, S., Dagenais, M., Williamson, D. R., & Perreault, M. M. (2020). Strategies for the Prevention and Treatment of Iatrogenic Withdrawal from Opioids and Benzodiazepines in Critically Ill Neonates, Children and Adults: A Systematic Review of Clinical Studies. In *Drugs* (Vol. 80, Issue 12, pp. 1211–1233). Adis. <https://doi.org/10.1007/s40265-020-01338-4>

Sublett, J. (2013). Neonatal Abstinence Syndrome. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 38(2), 102–107. <https://doi.org/10.1097/NMC.0b013e31826e978e>

Tamez, R. N. (2017). Controle da Dor e Sedação do Neonato. In *Enfermagem na UTI Neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco* (6th ed., pp. 61–70). Editora Guanabara Koogan, Ltda.

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, H. de S. F. X. C. H. de L. O. E. (2012). Síndrome de abstinência no recém-nascido de mãe toxicod dependente. In J. Guimarães, M. J. Carneiro, P. Loio, A. Macedo, C. G. Pinto, M. L. Tuna, A. Salazar, E. Santos, M. Aguiar, & M. Marçal (Eds.), *Neonatologia, Manual Prático* (pp. 236–237).

Vries, T. W. de. (2022). *Low Relevancy of Outcome Measurements of Studies of Pediatric Pain in the Emergency Department*. <http://links.lww.com/PEC/A1000>

World Health Organization. (2015). Reducing pain during vaccine injections: WHO position paper. *Weekly Epidemiological Record*, 39, 505–510.

ANEXOS

ANEXO 1 – Escala de dor e desconforto do RN (EDIN)

EDIN

Escala de dor e desconforto do RN

EDIN	Pontuação – definição
Atividade Facial	0 – relaxada 1 – testa ou lábios franzidos, alterações de boca transitórias 2 – caretas frequentes 3 – mímica de choro ou totalmente sem mímica
Movimento Corporal	0 – relaxado 1 – agitação transitória, geralmente quieto 2 – agitação frequente, mas dá para acalmar 3 – agitação persistente, hipertonía mmii/ss ou parado
Qualidade do Sono	0 – dorme fácil 1 – dorme com dificuldade 2 – sonecas curtas e agitadas 3 – não dorme
Contacto com enfermagem	0 – atento à voz 1 – tensão durante a interação 2 – chora à mínima manipulação 3 – Não há contacto, geme à manipulação
Consolabilidade	0 – quieto e relaxado 1 – acalma rápido com voz, carinho ou sucção 2 – acalma com dificuldade 3 – Não acalma, suga desesperadamente

Define-se dor quando a pontuação é ≥ 7

(L. Batalha, 2010)

**ANEXO 2 - Escala de Finnegan modificada. (Adaptado de L. P.
Finnegan 1986)**

HORA																			
ALTERAÇÕES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL	CHORO excessivamente alto / gritado	2																	
	CHORO alto / gritado contínuo	3																	
	SONO (APÓS MAMADAS) < 1 hora	3																	
	SONO (APÓS MAMADAS) < 2 horas	2																	
	SONO (APÓS MAMADAS) < 3 horas	1																	
	REFLEXO MORO Aumentado	2																	
	REFLEXO MORO Muito aumentado	3																	
	TREMOR Suave	1																	
	TREMOR Moderado / grave	2																	
	ESCORIAÇÕES EM ÁREAS ESPECÍFICAS	1																	
	MOVIMENTOS MIOCLÔNICOS	3																	
CONVULSÕES GENERALIZADAS	1																		
ALTERAÇÕES METABÓLICAS, VASOMOTORAS E RESPIRATÓRIAS	SUDAÇÃO	1																	
	TEMPERATURA 37,2°C – 38,3°C	1																	
	TEMPERATURA ≥ 38,4 °C	2																	
	BOCEIOS >3/4 por intervalo tempo	1																	
	EXANTEMA	1																	
	OBSTRUÇÃO NASAL	1																	
	ESPIRROS >3/4 por intervalo tempo	1																	
	ADEJO NASAL	2																	
	FR > 60 por minuto	1																	
	FR > 60 por minuto + TIRAGEM	2																	
SUCÇÃO EXCESSIVA	1																		
ALTERAÇÕES GASTROINTESTINAIS	RECUSA ALIMENTAR	2																	
	REGURGITAÇÃO	2																	
	VÔMITOS EM JACTO	3																	
	FEZES MOLES	2																	
	FEZES AQUOSAS / LÍQUIDAS	3																	
PONTUAÇÃO TOTAL																			
RÚBRICA																			

Iniciar medicação se:

- Índice ≥ 8 em 3 avaliações consecutivas;
- Índice ≥ 12 em 2 avaliações consecutivas;
- Convulsão.

Fonte: Manual Prático de Neonatologia – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Hospital de São Francisco Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE; 2ª Edição, 2012, pg236/237

Score: 0 a 7: Sem abstinência;
8 a 12: abstinência leve a moderada;
13 a 16: abstinência grave;

(Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, 2012)

APÊNDICE VII: Consulta de vigilância de saúde infantil



**13º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**Preparação, implementação e análise de uma
consulta de vigilância de saúde infantil baseada no
modelo Bright Futures a uma criança com 9 meses**

Ana Luísa Henriques Roxo nº 10994

Professora Orientadora:
Prof. Sónia Colaço



Lisboa

2023

INDICE

INTRODUÇÃO.....	3
1. CONSULTA DE VIGILÂNCIA DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL BRIGHT FUTURES GUIDELINES.....	5
2.APLICAÇÃO PRÁTICA.....	9
3. PLANO DE CUIDADOS.....	15
4.CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	17
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	18

INTRODUÇÃO

Segundo o Dec. Lei nº 28/2008, os cuidados de saúde primários são o pilar central do sistema de saúde e, “os centros de saúde constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação dos cuidados de saúde, assumindo importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados” (Decreto-Lei nº 28/2008, 2008, p.1182). De acordo com o 4º Inquérito Nacional de Saúde, os cuidados de saúde primários (CSP) são a primeira escolha para a vigilância de saúde das crianças, pelo que estes assumem um papel fundamental na vigilância da saúde e rastreio dos problemas de comportamento e do desenvolvimento infantil (Instituto Nacional de Estatística & Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2007). A abordagem na área da saúde infantil e juvenil tem-se modificado ao longo do tempo, com uma crescente relevância das questões relacionadas com o neurodesenvolvimento e não apenas orientada para a vigilância da saúde física. Múltiplas experiências influenciam o desenvolvimento, com realce para a relação afetiva e protetora da criança com os pais/cuidadores. Se for desadequada, tanto o desenvolvimento cognitivo como a aprendizagem das competências sociais e emocionais são prejudicados. Apenas a vigilância e a preocupação parental, sem uso de testes de rastreio, podem não ser suficientes para identificar crianças com atraso de desenvolvimento psicomotor. A American Academy of Pediatrics (2022) recomenda a vigilância informal do desenvolvimento em todas as consultas de rotina, devendo ser feito um rastreio com teste padronizado quando surgem preocupações durante a vigilância e rotineiramente em determinadas idades (9, 18 e 24-30 meses) (American Academy of Pediatrics, 2022), enquanto a nível europeu a vigilância assenta na verificação do cumprimento dos marcos do desenvolvimento psicomotor em todas as consultas, rastreando quando surgem preocupações. Em Portugal a avaliação clínica informal é a abordagem mais frequentemente usada em CSP para avaliação do desenvolvimento. O programa informático utilizado nos CSP disponibiliza a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada, usada do primeiro mês até aos

cinco anos de idade (1, 2, 4, 6, 9, 12 e 18 meses, 2, 3, 4 e 5 anos (American Academy of Pediatrics, 2022; American Academy of Pediatrics & Bright Futures, 2017; Correio, 2020; Lipkin et al., 2020).

Passo assim a descrever a consulta realizada a uma criança de 9 meses, consulta essa que foi planeada de acordo com o preconizado pelo Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil.

1. CONSULTA DE VIGILÂNCIA DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL BRIGHT FUTURES GUIDELINES

Esta consulta enquadra-se no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) (2013) e, é efetuada a todas as crianças dos 0-18 anos e suas famílias. Esta consulta pode ser marcada pela enfermeira ou pelo médico de família e, além das preconizadas pelo PNSIJ também pode ser efetuada uma marcação após identificada uma necessidade para a criança ou família.

Particpei nestas consultas através da observação participante e da realização de consultas de avaliação do desenvolvimento integradas no PNSIJ ou na vacinação decorrente do Plano Nacional de Vacinação (PNV). Tive oportunidade de efetuar de forma autónoma consulta a crianças de praticamente todas as faixas etárias. Durante as mesmas segui o preconizado no PNSIJ para cada consulta de acordo com a idade chave, individualizando e adequando os cuidados a cada criança e família. Estas idades chave coincidem com os marcos de desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo e emocional e escolaridade. Este programa recomenda a realização de seis consultas no 1º ano de vida; uma aos 12,15 e 18 meses. Até aos 8 anos de idade recomenda a realização de uma consulta por ano, podendo ser realizada uma consulta suplementar aos 6-7 anos. Dos 10-18 anos preconiza a realização de 3 consultas. No entanto estas idades não são rígidas, se uma criança se deslocar ao centro de saúde por outros motivos, antes ou depois da idade chave e, caso a situação clínica o permita, dever-se-á realizar a consulta indicada para essa idade (Direção-Geral da Saúde, 2013).

De acordo com a American Academy of Pediatrics (2022) em associação com a Bright Futures Guidelines (2017) a periodicidade das consultas nos Estados Unidos, nos primeiros anos de vida é semelhante ao português, mas estas consultas são efetuadas no domicílio (American Academy of Pediatrics & Bright Futures, 2017). No entanto, alarga o período de vigilância até aos 21 anos, inclusive, incluindo crianças e jovens com necessidades especiais de cuidados de saúde e crianças de

famílias de diversas culturas e etnias(American Academy of Pediatrics, 2022; American Academy of Pediatrics & Bright Futures, 2017).

As consultas de enfermagem de saúde infantil e juvenil não têm um espaço específico para a realização das mesmas, não havendo monitorização da temperatura nem da luminosidade. Contudo os enfermeiros têm em atenção a manutenção da segurança e da privacidade da criança e família.

Nos Cuidados de Saúde Primários é possível realizar com eficácia a apreciação do desenvolvimento infantil sem perder a simplicidade nos procedimentos, utilizando a escala de Mary Sheridan Modificada, mas também, através de orientações antecipatórias e esclarecimentos de dúvidas aos pais. Neste contexto, os profissionais de saúde poderão avaliar adequadamente o desenvolvimento de uma criança através da sua observação, desde que esta entra na sala de consulta, até que sai e, muito particularmente, durante a conversa com os pais/cuidadores (Direção-Geral da Saúde, 2013). A American Academy of Pediatrics recomenda a vigilância informal do desenvolvimento em todas as consultas/visitas domiciliárias de rotina. Quando surgem preocupações durante a vigilância deve ser feito um rastreio com um teste padronizado e, por rotina esse mesmo teste deve ser efetuado em determinadas idades (9, 18 e 24-30 meses) (American Academy of Pediatrics, 2022; American Academy of Pediatrics & Bright Futures, 2017). A nível europeu a vigilância do desenvolvimento assenta na verificação dos marcos do desenvolvimento psicomotor em todas as consultas, rastreando apenas quando surgem preocupações (Correio, 2020).

As consultas de enfermagem de saúde infantil e juvenil têm por base o processo de enfermagem do qual consta a colheita de dados, a formulação de diagnóstico (s) de enfermagem, o planeamento e a implementação de intervenções de enfermagem, a avaliação de resultados e, conseqüente, reformulação do planeamento, sempre que se justifique (Ordem do Enfermeiros, 2021; Regulamento nº 613/2022, 2022). Ocorrem antes da consulta médica, mas também podem ser realizadas de forma independente. Em todas as consultas são

avaliados o peso, estatura, perímetro cefálico e índice de massa corporal, tal como descrito no estudo de Gaiva et al (2018), que refere que a avaliação do crescimento infantil é efetuada em todas as consultas de enfermagem, utilizando a avaliação dos índices antropométricos (Gaiva et al., 2018). Todas as observações são registadas no SClínico, utilizando a linguagem CIPE® e, no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil.

Em todos os contactos desloquei-me à sala de espera para cumprimentar e receber a criança e a família, favorecendo o acolhimento e a humanização permitindo ao mesmo tempo observar a interação entre a criança e os pais. Após o acolhimento efetuado e, num espaço mais reservado, perguntei à mãe sobre o motivo pelo qual vinha à consulta e quais as suas dúvidas e preocupações. Pude igualmente colher dados sobre os outros elementos da família, guiada pelo programa informático em uso. Através deste conhecimento obtido pude assim programar intervenções para os outros elementos da família, de acordo com situações específicas identificadas, como vacinas em atraso de um dos pais ou irmãos ou, até marcando uma consulta para outro elemento da família, ou desenvolvendo orientações antecipatórias sobre necessidades identificadas. Procurei assim não me focar apenas na criança ou jovem que vinha à consulta, mas tentei aproveitar a oportunidade de contacto com a família, de forma a planear e melhorar os cuidados prestados a esta, promovendo ganhos em saúde, tal como preconiza o Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013) (Direção-Geral da Saúde, 2013). Após este primeiro contato, procedi à avaliação dos parâmetros antropométricos, seguindo o preconizado para cada faixa etária pelo Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013) e, através dos resultados obtidos pude analisar as curvas de crescimento adequadas a cada faixa etária (Direção-Geral da Saúde, 2013). Estas curvas permitem a visualização do crescimento e desenvolvimento da criança e jovem e são um instrumento fundamental para a monitorização do seu estado de crescimento e nutrição. Tal como refere o Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013, p.43) “o desenvolvimento harmonioso, dentro de parâmetros normais, é basilar para uma vida adulta e saudável (...)”

(Direção-Geral da Saúde, 2013). Durante a avaliação, tive sempre a colaboração dos pais e, aproveitei o momento para no decorrer da conversa, identificar necessidades de orientação e ao mesmo tempo antecipando as suas necessidades relativamente ao estágio de desenvolvimento da criança. As informações transmitidas visam que a criança possa alcançar o máximo das suas potencialidades, de forma a promover a saúde e o seu desenvolvimento. (Direção-Geral da Saúde, 2013) Para uma promoção da saúde bem-sucedida, é necessário observar o desenvolvimento da criança no momento do contacto, mas olhar mais longe para as expectativas futuras de desenvolvimento e o seu potencial a longo prazo. O desenvolvimento cerebral é influenciado pelo crescimento físico, mas sobretudo pelas influências do estímulo e dos laços sociais positivos com a família, a cultura e a comunidade (American Academy of Pediatrics & Bright Futures, 2017). Relativamente à avaliação do desenvolvimento infantil, verifiquei que as enfermeiras questionam a mãe/ acompanhante da criança sobre alguns marcos do desenvolvimento, mas não utilizam nenhum instrumento específico para avaliação do desenvolvimento. Tal facto não ocorre por desconhecimento, mas, segundo os próprios, por escassez de recursos humanos e de tempo necessário para a sua aplicação. Esta prática parece ser frequente em Cuidados de Saúde Primários, onde frequentemente a avaliação do desenvolvimento se realiza informalmente, sem recurso a testes standardizados de rastreio (Direção-Geral da Saúde, 2013; Vitrikas & Savard, 2017).

2. APLICAÇÃO PRÁTICA

Em conjunto com a enfermeira orientadora, realizei consultas de enfermagem desde a primeira consulta até à adolescência, mas optei por mostrar uma consulta realizada no primeiro ano de vida (9 meses), pois neste período existem alterações significativas nas habilidades motoras da criança. As orientações antecipatórias neste estágio de desenvolvimento devem ser focadas no desenvolvimento, na segurança e, fatores de risco que podem comprometer o desenvolvimento.

O enfermeiro deve ter em consideração a cultura, crenças, valores e tradições da família a que se dirige uma vez que estas influenciam o papel dos pais na forma como educam, protegem e socializam a sua criança (American Academy of Pediatrics & Bright Futures, 2017). Nestas consultas apliquei a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada, nas crianças dos 0 aos 5 anos (Direção-Geral da Saúde, 2013) . A Ordem dos Enfermeiros preconiza a utilização desta escala de avaliação referindo que é um instrumento de aplicação rápida, preciso e fiável, que permite a avaliação de áreas relacionadas com o desenvolvimento como postura e motricidade global, motricidade fina e visão, mas também audição, linguagem e comportamento e adaptação social (Ordem dos Enfermeiros, 2010). O PNSIJ dá as orientações necessárias para a sua aplicação além de atividades promotoras do desenvolvimento e os sinais de alarme a ter em consideração na avaliação do desenvolvimento, nas faixas etárias chave (Direção-Geral da Saúde, 2013).

Alguns dados da história familiar e social foram colhidos diretamente do SClínico para evitar sobrecarregar a mãe, que acompanhava o bebé, com questões já conhecidas e que constavam da avaliação inicial.

Identificação da criança

Nome: Z.

Data de Nascimento: 22/04/2022

Sexo: Masculino

Idade Gestacional: 40S + 4D

Peso à nascença: 3800 gr PC – 35,3 cm Estatura – 53 cm

Tipo de Parto: Eutócico

Índice de apgar: 9/10/10

Vigilância da Gravidez: no centro de saúde da área de residência

Intercorrências no nascimento: sem intercorrências

Antecedentes maternos

Idade: 33 anos

Índice Obstétrico: N° partos termo – 3 N° partos pré-termo - 0

N° abortos/IVG – 1 N° filhos vivos - 3

Antecedentes Pessoais: Saudável

Alergias: Desconhece

Gravidez desejada: Sim

Patologias: Nega

Escolaridade: 9º ano

Profissão: Operadora de caixa de supermercado

Situação Profissional: no ativo

Nacionalidade: Portuguesa

Religião: Católica

Antecedentes paternos

Idade: 38 anos

N° de filhos vivos: 3

Antecedentes Pessoais: saudável

Alergias: desconhece

Escolaridade: 9ºano

Profissão: Motorista

Situação Profissional: Ativo

Nacionalidade: Portuguesa

Religião: Católica

Suporte familiar

O agregado familiar é composto pelo bebé, 2 irmãos de 7 anos e 5 e pelos pais.

Os avós residem próximo da residência.

Exame objetivo

Idade Cronológica: 9M 4 D

Peso: 9240 gr. **Percentil** - 50 - 85

PC: 45 cm **Percentil** - 15 - 50

Estatura: 70 cm **Percentil** - 15 - 50

IMC: 18,86 **Percentil** - 85 - 97

PNV: Cumpre o preconizado e algumas vacinas extraplano (no 2º dia de vida fez VHB)

Pele: integra, hidratada e rosada

Fontanelas: normotensas

Dentição: 4 dentes (2 incisivos centrais em cada mandíbula)

Alimentação: Pequeno-almoço - Peito, Almoço - sopa de legumes com carne, sobremesa de fruta ralada, Lanche - iogurte, Jantar - sopa de legumes com peixe, Deitar - Peito. Fez aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses

Sono e Repouso: Faz uma sesta de manhã e outra após o almoço. Costuma adormecer com chupeta. Sono calmo, em cama própria no quarto dos pais

.

Eliminação: vesical e intestinal sem alterações. A mãe referiu que a bebé costuma ter cerca de 2 dejeções diárias. Testículos no escroto.

Integração Educativa: Fica com a avó materna. Vai para o Jardim de Infância após fazer 1 ano

Vigilância de Saúde: Realiza a vigilância de saúde no centro de saúde de acordo com o preconizado no PNSIJ

Avaliação do Desenvolvimento: Recurso à Escala de Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada

Em todas as consultas devemos tentar dar resposta às preocupações dos pais. (American Academy of Pediatrics & Bright Futures, 2017). No sentido de iniciar o diálogo e ter em consideração as suas necessidades de modo a adequar as orientações antecipatórias de modo a dar resposta às suas necessidades, comecei por efetuar as seguintes questões: Que perguntas ou preocupações tem hoje? Que dúvidas tem sobre os cuidados do seu bebé?

A mãe verbalizou não ter muitas preocupações. Como foi o primeiro contacto com a mãe referi que caso o desejasse poderia continuar a amamentar mantendo a alimentação diversificada. A mãe verbalizou que iria amamentar enquanto tivesse leite, uma vez que apenas fazia duas mamadas por dia e conseguia conciliá-las com a atividade profissional.

Após esta conversa, procedi ao exame físico e solicitei a sua autorização para a aplicação da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada (9 meses). Tal como sugerido no Programa Nacional de Saúde Infantil e Pediátrica (2013), aproveitei o momento da avaliação do desenvolvimento para conversar com a mãe sobre algumas atividades promotoras do desenvolvimento (Direção-Geral da Saúde, 2013). De acordo com a avaliação efetuada foram oportunamente fornecidas orientações antecipatórias sobre o crescimento e o desenvolvimento, segurança e prevenção de quedas. Elogiei o comportamento do Z e o seu sorriso em resposta às interações maternas, através da voz e do toque. A partir das capacidades manifestadas pelo Z, como o rebolar quando colocado no chão ou sobre a cama, surgiu a conversa sobre a segurança, a prevenção de quedas e de acidentes domésticos, bem como da necessidade de adequar a cadeira utilizada no carro à estatura do Z. Como o Z já tinha 4 dentes foi reforçada a informação já transmitida na consulta anterior, sobre a higiene oral, nomeadamente tipo de escova ou dedeira bem como dentífrico adequado.

Durante a observação física e a aplicação da Escala de Mary Sheridan Modificada, constatei que a mãe prontamente responde ao sinais transmitidos pelo Z.

Avaliação do desenvolvimento através da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada (9 meses) em simultâneo com as diretrizes do Bright Futures Model. Dessa observação emergiu o seguinte:

A nível da Postura e Motricidade Global - Senta-se sozinho e fica sentado cerca de 15 minutos sem apoio. Põe-se de pé com apoio, mas não consegue baixar-se. Desloca-se no chão rebolando

Visão e Motricidade Fina - Leva tudo à boca, segundo a mãe gosta de mastigar bolachas ou pão. Aponta com o indicador e utiliza-o para empurrar objetos. Atira deliberadamente objetos ao chão procurando por ele. Segura os objetos entre o polegar e o indicador.

Audição e Linguagem - Foi utilizada uma roca a cerca de 90 cm do ouvido. Apresentou atenção rápida para os sons, suaves e graves, realizados perto e longe do ouvido rodando a cabeça para o local de onde vinha o som. Repete sílabas e sons vocalizados pela mãe.

Comportamento e Adaptação Social - Mastiga pequenos pedaços de comida. Distingue os familiares dos estranhos. Ao primeiro contato comigo ficou um pouco chorosa acalmando ao colo e com a voz da mãe. Durante o período da avaliação esteve sempre sorridente e palrador, mas com contato ocular frequente com a mãe.

3.Plano de cuidados

Foco	Diagnóstico	Intervenções	Avaliação
Desenvolvimento Infantil	<ul style="list-style-type: none">• Potencial da mãe e (ou) pai para melhorar o conhecimento sobre o desenvolvimento infantil	<ul style="list-style-type: none">• Avaliar o desenvolvimento infantil e juvenil (recurso à escala de Mary Sheridan Modificada);• Monitorizar altura;• Monitorizar peso corporal;• Monitorizar perímetro cefálico;• Monitorizar índice de massa corporal;• Avaliar o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil;• Incentivar os pais a promover atividades promotoras do desenvolvimento adequadas à idade:<ul style="list-style-type: none">- Oferecer objetos diferentes e afastados, para incentivar o posicionamento;- Colocar objetos em cima de uma cadeira, para o incentivar a colocar-se de pé, colocando um tapete ao seu redor caso caia;- Chamar os objetos pelo nome, ensinando-o a colocá-los dentro e fora da caixa;- Dar a experimentar texturas diferentes;- Oferecer 2 objetos para a mão e posteriormente um terceiro, deixando que o Z “resolva o problema”;- Imitar sons de animais e objetos fazendo mimica e pedir ao Z para imitar;	<ul style="list-style-type: none">• Conhecimento da mãe e (ou) pai sobre o desenvolvimento infantil• Sem desenvolvimento infantil comprometido.

Foco	Diagnóstico	Intervenções	Avaliação
Vinculação	<ul style="list-style-type: none"> • Potencial para melhorar o conhecimento dos pais para promover a vinculação 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar comportamentos de vinculação (7-24 meses); • Avaliar conhecimento da mãe e (ou) do pai para promover a vinculação; • Desenvolver estratégias com os pais para reforçar a vinculação; • Informar sobre o papel parental. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento da mãe e ou (pai) para promover uma vinculação segura; • Sem vinculação comprometida
Adesão à vacinação	<ul style="list-style-type: none"> • Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e (ou) do pai sobre vacinação 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar conhecimento da mãe e (ou) do pai sobre vacinação; • Ensinar sobre as vacinas; • Ensinar sobre medidas farmacológicas e não farmacológicas de controlo da dor na vacinação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento da mãe e (ou) do pai sobre vacinação
Precaução de segurança	<ul style="list-style-type: none"> • Potencial para melhorar o conhecimento sobre prevenção de acidentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar conhecimento sobre prevenção de acidentes; • Orientações antecipatórias sobre medidas de segurança. 	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstra conhecimento sobre prevenção de acidentes

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os CSP têm um papel importante na promoção da Literacia em Saúde, pois são o primeiro nível de contacto entre os profissionais de saúde e a população. Permitem uma maior equidade e uma cobertura generalizada da população, promovendo a participação do cidadão na gestão da sua própria saúde (Direção-Geral da Saúde, 2019).

Durante este estágio desenvolvi competências direcionadas para a avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil bem como a sua importância para a deteção precoce de alterações e o seu encaminhamento para os cuidados diferenciados, nomeadamente para consultas de desenvolvimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Academy of Pediatrics. (2017). *Bright futures: guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents : pocket guide* (4th ed.).
- American Academy of Pediatrics. (2022). 2022 Recommendations for Preventive Pediatric Health Care. *Pediatrics*, 150(1). <https://doi.org/10.1542/peds.2022-058044>
- Correio, S. F. A. (2020). A importância da vigilância do neurodesenvolvimento na consulta de saúde infantil e juvenil em Portugal. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 36(2), 215–220. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v36i2.12501>
- Decreto-Lei n.º 28/2008. (2008). Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. *Diário Da República*, 1ª série(nº 38). <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675>
- Direção-Geral da Saúde. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. *Norma*, 10, 1–121. www.dgs.pt
- Direção-Geral da Saúde. (2019). Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde. *MANUAL DE BOAS PRÁTICAS LITERACIA EM SAÚDE*, 1–59. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.17763.30243>
- Gaiva, M. A. M., Monteschio, C. C., Moreira, M. S., & Salge, A. M. (2018). Avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil na consulta de enfermagem. *Avances En Enfermería*, 36(1). <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v36n1.62150>
- Instituto Nacional de Estatística, & Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. (2007). *4º Inquérito Nacional de Saúde – 2005/2006*. 1–12.
- Ordem do Enfermeiros. (2021). *PARECER DO CONSELHO DE ENFERMAGEM N.º 53/2021 Quais os princípios orientadores que suportam a consulta de enfermagem e a teleconsulta de enfermagem?*
- Regulamento n.º 613/2022. (2022). Regulamento que define o ato do enfermeiro. *Diário Da República*, 2ª série(131), 179–182.
- Vitrikas, K., & Savard, D. (2017). Developmental Delay: When and How to Screen. *American Family Physicians*, 96(1), 36–43. <http://www.pedstest.com>

